The background of the entire page is a faded, light-colored photograph of a classroom. Several young children, mostly girls in school uniforms, are seated at a table, engaged in an activity. They appear to be looking at papers or books on the table. The classroom setting includes colorful posters on the wall and a bookshelf in the background.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CS. DE LA SALUD
LIC. EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

TRABAJO DE CAMPO Y PROYECTO FINAL

“Nutrición y alimentación. Promoción de la salud como fomento de hábitos de vida saludables. Estudio comparativo en tres escuelas públicas que conforman en JIN N° 11 de la Ciudad de La Quiaca”

TESISTA

Tolaba, Nahir Alejandra
L.U. E-1985

TUTOR PROPUESTO

Lic. Laura Fabiola Aramayo

CO-DIRECTOR

Lic. Ignacio Bejarano

San Salvador de Jujuy, Noviembre 2021

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a los pilares de mi vida Carmen y Eusebio, mis hermanos Hugo, Jorge y Marcos, a mi compañero de vida por su acompañamiento y apoyo brindado, son ellos los que me impulsan a persistir y a crecer día a día.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo ha requerido del esfuerzo no solo de mi parte sino también de un grupo de personas entre ellos el co-tutor Prof. Ignacio Bejarano, le agradezco sinceramente el tiempo concedido y dispuesto cada vez que lo necesite.

También a mis directivos del JIN °11 las profesoras Estela y Mabel por abrirme las puertas de las tres instituciones educativas, la predisposición de mis quince colegas, y las familias que la componen, sin ellos no hubiese sido posible llevar a cabo la investigación.

INDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	6
PLANTEO DEL PROBLEMA	8
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	10
REFERENTES TEORICOS	10
ANTECEDENTES	18
OBJETIVOS	26
Objetivos Específicos	26
MATERIALES Y METODOS	27
Descripción del espacio de estudio	27
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	29
Datos Antropométricos	31
Peso y Talla	31
Evaluación Nutricional	31
Encuesta	32
Universo y muestra	32
Procesamiento de datos	32
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	33
Datos descriptivos	37
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAFÍA	60
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD	67
JUSTIFICACIÓN	70
OBJETIVOS	71
OBJETIVO GENERAL	71
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	71
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	71
Innovación que se pretende desarrollar	71
Modelo integrador	72

Temario a abordar:	72
METODOLOGÍA DE TRABAJO	73
ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS.....	73
Metodología:	74
RECURSOS	75
EVALUACIÓN	76
CRONOGRAMA	77
BIBLIOGRAFÍA	78

INTRODUCCIÓN

El tema que se propone como trabajo de campo y proyecto final enfocará su temática en el análisis del estado nutricional y la alimentación en niños de edad preescolar (3, 4 y 5 años) que concurren al JIN N°11 de la ciudad de la Quiaca, y su relación a la promoción de estilos de vida saludables.

La promoción de la salud es uno de los ejes centrales sobre el cual centra su acción la educación para la salud y es un tema que ha cobrado vigencia en la actualidad en razón a que se constituye, además, en una estrategia básica para la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables¹⁻².

Desde esta óptica, el estilo de vida puede ser considerado como un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo de vivir “*estar en el mundo*”, expresado en los ámbitos del comportamiento, fundamentalmente en las costumbres, también está moldeado por la vivienda, el urbanismo, la posesión de bienes, la relación con el entorno y las relaciones interpersonales³.

Según Perea Quesada (2004:56)⁴ señala que “*el estilo de vida es el modo, forma y manera de vivir*”. Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. Por ejemplo en epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud.

De esta manera el estudio del estilo de vida procede de enfoques de reflexión psicosocial y socioeducativa tradicionales; desde los cuales se piensa la salud. A partir de estos enfoques se analiza la existencia de determinados estilos de vida que propician o inhiben algunas formas de enfermedad. Según estas visiones, los factores sociales, psicológicos y de comportamiento

¹ Gómez, J.R., Jurado, M.I., Viana, B.H., Da Silva, M.E., Hernández, A. (2009). Estilos y calidad de vida. *EF y Deportes*. 5(1):19-26.

² Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública*. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art.

³ Guerrero Montoya, L.R., León Salazar, A.R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48):13-19.

⁴ Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.

condicionan los modos de vida de los individuos y condicionan sus consecuencias.

Por otro lado, el constructo estilo de vida se asocia a las ideas de comportamiento individual y patrones de conducta, aspectos permeables que dependen de los sistemas socioeducativos. El Estilo de vida también se refiere a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos, como el número de comidas diarias, características de alimentación, horas de sueño, consumo de alcohol, cigarrillo, estimulantes y actividad física entre otras.

Al conjunto de estas prácticas Jenkins (2005:17) las denomina *“hábitos o comportamientos sostenidos; de los cuales se distinguen dos categorías: los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que la limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectivos y conductas de riesgo”*⁵.

El interés por el estudio del estilo de vida saludable ha tenido su punto más álgido en la década de los años 80 del siglo pasado; en virtud de lo cual, el estudio del concepto de estilo de vida no constituye un ámbito nuevo. Por el contrario, desde hace tiempo este concepto ha sido tema de estudio abordado por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis; y desde hace ya relativamente menos tiempo por la antropología, la medicina y la psicología de la salud.

En general, desde todas estas orientaciones se entiende el estilo de vida como la forma de vida de las personas o de los grupos⁶. Desde nuestro punto de vista consideramos a los estilos de vida saludables como un concepto que se emplea en diferentes campos del sistema de salud y su valoración constituye una herramienta esencial que nos permite detectar, entre otros problemas, a aquellos relacionados a la nutrición y los hábitos alimentarios.

El conocimiento de su temática permitirá contar con evidencias científicas para poder generar estrategias de intervención en el sector salud de manera de poder solucionar sus causas y consecuencias en términos de la salud pública.

⁵ Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

⁶ Pastor, Y. (1999). *Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. España.

PLANTEO DEL PROBLEMA

En las últimas décadas se originó un aumento de la producción de alimentos procesados o vacíos, la rápida urbanización, el uso de las TICs (tecnologías de la información y la comunicación) y el cambio en los estilos de vida, de forma transversal; éstos factores dan lugar al cambio en los hábitos alimenticios. En la actualidad se consumen alimentos hipercalóricos, grasas saturadas, grasas de tipo trans, azúcares libres y sal o sodio; además, la mayoría de las personas no comen suficientes frutas ni verduras⁷.

Los cambios de los estilos de vida afectan principalmente a los niños y adolescentes que se encuentran en una etapa de crecimiento y desarrollo, en la cual se ve comprometida su conformación biológica que de una u otra manera afectará su estado nutricional y por ende su salud actual y futura⁸.

Una dieta sana ayudara a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles. La OMS (2004)⁹ propuso una estrategia mundial sobre “*Régimen alimentario, actividad física y salud*”, según la cual las personas deben disminuir la ingesta energética procedente de las grasas saturadas y prefieran las insaturadas, se excluyen las grasas trans de los alimentos y el aumento de consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, frutas secas y limiten la ingesta de azúcares libres y sal.

Es así que la educación alimentaria nutricional (EAN) surge como una herramienta capaz de ayudar, a través del conocimiento, mejorar la calidad de los hábitos alimentarios de la población estudiantil, promoviendo la adopción voluntaria de conductas relacionadas con la nutrición que favorecen la salud y el bienestar¹⁰⁻¹¹.

⁷ OMS, (2015). Alimentación Sana. Nota descriptiva N° 394. Publicación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.

⁸ Coromoto, M., Nava, B. (2008). Evaluación nutricional-antropométrica, Hábitos Alimentarios y Actividad Física en preescolares. Trabajo de grado presentado en la Universidad Simón Bolívar.

⁹ OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57° Asamblea Mundial de la Salud.

¹⁰ Borrel Bentz, M.R., (comp.). (2005). “*Municipios Saludables. Portafolio Educativo*”. OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.

¹¹ Contento, I. (2007). Nutrition Education: linking research, theory, and practice. Subdury, MA: Jones and Bartlett Publisher.

En Argentina, el Ministerio de Educación de la Nación (2009) cuenta con un proyecto específico de EAN para las escuelas de Educación General Básica/Primaria impulsado por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) que, lamentablemente, no ha sido incluido sistemáticamente en todas las instituciones de nuestro país¹².

De allí la importancia de modificar los hábitos alimentarios negativos, en este sentido la institución escolar es el espacio propicio para la promoción de factores protectores por lo que resulta un campo de acción en la implementación de planes nutricionales como una herramienta capaz de lograr hábitos alimentarios saludables.

La propuesta de la presente investigación, proveerá datos para diseñar estrategias desde la Educación para la Salud, conformando proyectos que puedan contribuir la promoción de hábitos alimentarios saludables, con la colaboración de los maestros, directivos de la escuela, los padres de los alumnos y las autoridades sanitarias. Actores principales como la familia y docentes deberán asumir la responsabilidad de guiar a los niños en la búsqueda de su propio bienestar para que perduren hasta la etapa adulta.

A partir de estas consideraciones nos planteamos los siguientes interrogantes guías:

- ¿Cómo se relacionan las variables antropométricas de peso y talla con las variables socio demográficas y de los hábitos alimentarios en los niños asistentes al JIN N°11?
- ¿Cuál es el estado nutricional según el IMC de los escolares asistentes al JIN N°11 de acuerdo al sexo y a la edad?
- ¿Qué hábitos alimentarios poseen los niños y como se correlacionan los mismos a datos sociodemográficos y a estilos de vida saludable?
- ¿Qué estrategias se implementan para la promoción de hábitos alimentarios saludables?

¹² Ministerio de Educación de Argentina. (2009). Proyecto de Educación Alimentaria y Nutricional (PAC/FAO). Proyecto Tcp/Arg/3101 (T). Educación Alimentaria y Nutricional en las Escuelas de Educación General Básica/Primaria.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el estado nutricional de la población escolar concurrente al JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca y como se relaciona el mismo a la promoción de hábitos alimentarios saludables como reflejo de su calidad de vida?

REFERENTES TEORICOS

La promoción de la salud ha sido motivo de análisis y discusión a lo largo del tiempo. Esta temática se ha utilizado como estrategia para realizar diversos planteamientos relacionados con la formulación de políticas públicas saludables, intervenciones dirigidas a personas y comunidades, y para la propuesta y realización de investigaciones en salud. Adicional a esto, también ha servido como fuente de inspiración para que, por sus aportes, reconocidos profesionales, como es el caso de Pender¹³.

Pender es reconocida por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados¹⁴.

¹³ Pender, N.J. (Oct 2000). Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. Modelo de Promoción de la Salud.

¹⁴ Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango [serie en línea]. [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326CO326&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bC.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud¹⁵, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida¹⁶.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud.

Ronald et al.¹⁷ propuso otro modelo de promoción de la salud el mismo se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura. La primera teoría, es la de la Acción Razonada, la cual explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. La segunda teoría es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas¹⁸. La tercera es la Teoría Social-

¹⁵ Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. En: Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS.

¹⁶ Villalbí, J. R. (2009). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública* 75(6):489-490.

¹⁷ Ronald, L., David, S., Fran, B., Nikki, S., Corinne, P., Roman, V. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 8(16):14:15.

¹⁸ University of Twente. (2004). Theory of planned behavior/ Reasoned action. The Netherlands Europe [serie en línea]. Disponible en: https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Interpersonal%20Communication%20and%20Relations/theory_planned_behavior/

Cognitiva, de Albert Bandura¹⁹ expone que la autoeficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como *“los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”*.

Con respecto al estilo de vida, la primera vez que apareció formalmente el concepto fue en 1939, probablemente en las generaciones anteriores no era un concepto significativo, al ser las sociedades relativamente homogéneas. Grandes pensadores se han aproximado a explicar el estilo de vida desde diferentes perspectivas, en este estudio, se usan las ideas, entre otras, las de Pierre Bourdieu²⁰, quien fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX.

Sus ideas son de gran relevancia tanto en teoría social, como en la sociología empírica, especialmente en la sociología de la cultura, de la educación y de los estilos de vida. El centra su teoría en el concepto de habitus, entendido como las formas de obrar, pensar y sentir que están originadas por la posición que una persona ocupa en la estructura social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos.

Según Bourdieu el habitus es un principio generador y un sistema clasificador de niveles sociales. Son los comportamientos que una sociedad va adquiriendo, se expresan en una manera de actuar. Funciona en la mayoría de manera inconsciente y están limitadas por las condiciones sociales que las soportan.

Otro concepto relevante es el campo la cual Bourdieu lo define como el espacio social que se crea en torno a la valoración de hechos sociales tales como el arte, la ciencia, la religión, la política. Esos espacios están ocupados por individuos con diferentes habitus, y con capitales distintos, que compiten tanto por los recursos materiales como simbólicos del campo. Estos capitales, además del capital económico, están formados por el capital cultural, el capital social, y por cualquier tipo de capital que sea percibido como “natural”; representa el capital simbólico.

¹⁹ Sebastiani, R.W., Pelicioni, M.C., Chiattoni, H.B. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-111-1-la-psicologia-de-la-salud-latinoamericana-hacia-la-promoción.html>

²⁰ Bourdieu, P. F. (1991). El sentido práctico. Editorial Taurus, Madrid.

En ese mismo orden, Barrios Cisnero et al. (2007:30)²¹, señala que los *“hábitos son costumbres que se adquieren por aprendizaje imitativo en la niñez o por la larga y constante repetición de una misma conducta”*. Así mismo, Pastor y colaboradores²², sugieren que el estilo de vida se construye a partir de sutiles pero permanentes técnicas de acondicionamiento social, que penetran el cuerpo y crean una retícula de lazos (emocionales, ideológicos, prácticos, entre otros), a través de los que discurre el poder, no como algo que se ejerce sino como algo que circula, estableciendo una relación de sujeción infinitesimal, microfísica, no intencionada, pero en todo caso indeleble entre el individuo y su corporeidad.

A mediados del siglo XX, la antropología abordó el estudio de los estilos de vida desde un enfoque cultural y la medicina desde un enfoque biológico, argumentando que los individuos tienen estilos de vida sanos o insanos por su propia voluntad, recayendo por lo tanto la responsabilidad sobre lo individual y no sobre lo institucional²³.

En la trigésimo primera sesión del comité regional de la para Europa, se presentó una definición del estilo de vida: *“una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”* (WHO, 1986:31)²⁴. No se introdujo una definición concreta para el término de estilo de vida saludable, esta concepción amplia de estilo de vida, ha servido de base a los investigadores para clarificar este término.

A pesar de no existir una definición aceptada internacionalmente sobre estilo de vida saludable, la mayoría de los autores lo definen como *“un conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones en la salud de las personas”*. En lo que no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por los individuos.

²¹ Barrios, C., Henry, A.(2007). Estilo de Vida Saludable y Espiritualidad. Monografía s/p. Mérida, Venezuela.

²² Pastor, Y., Balaguer, I., García, M.M. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la salud*. 10(1):15-52.

²³ Erben, R., Franzkowiak, P., Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*. 35(4):359-65.

²⁴ WHO. (1986). Life styles and Health. *Rv.Social Science and Medicine*, 22(2):117-124.

Barrios²⁵, se inclina por la elección voluntaria al afirmar “*Estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la práctica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano*”. El modelo médico ha defendido el carácter exclusivamente voluntario de tal elección, los autores de orientación psicosocial entienden la elección como involuntaria en cierta medida, ya que reconocen la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida.

En resumen, desde los modelos psicosociales se puede definir el estilo de vida saludable como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Por patrones conductuales se entienden formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de manera estructurada y que se pueden asumir como hábitos cuando forman el modo habitual de responder a diferentes situaciones. Estos hábitos se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar²⁶.

Por otro lado Torre y Tejada (2007:11)²⁷ desde un enfoque ecosistémico, proponen que “*el ser humano es un sistema en el que todos los componentes biológicos, neurológicos, psicológicos, ambientales y educativos, interactúan como un todo*”. No se puede afirmar que la facultad que construye el estilo de vida, sea fruto de un determinismo genético, tampoco que se deba exclusivamente al medio ambiente, sino a la interacción entre ambos. Es probable que la influencia educativa del hogar, del medio y la educación formal, tengan un peso importante en la construcción de determinado comportamiento. Los fundamentos filosóficos de este enfoque interactivo e integrador, están inspirados en un sistema explicativo unitario y ontológico de la vida. Ontológico, porque ve la experiencia humana desde un punto de vista situado dentro de ella misma y no desde un punto de vista externo o fuera de ella.

Organización Mundial de la Salud²⁸, establece que el estilo de vida, es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vidas

²⁵ Barrios, C., Henry, A., (2007). Op. Cit.

²⁶ Rodríguez, MJ; García Hurtado, J. (1995). Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor. Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis

²⁷ Torre de la S., Tejada, J. (2007). Estilos de Vida y Aprendizaje Universitario. *Revista Iberoamericana de Educación*, 44:101-131.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. (1998). Glosario de Promoción de Salud, WHO/HPR/HEP/98.

socioeconómicas y ambientales. Así, cada persona presenta patrones de comportamientos conscientes o hábitos fomentadores de la salud, conocidos como factores protectores de la salud, o de manera inconsciente tiende a exponerse a factores de riesgos o condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con un incremento de la susceptibilidad para la enfermedad, salud deficiente o lesiones.

El estilo de vida puede estar moldeado por comportamientos que conducen a la salud. Estos están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales, no siendo, por lo tanto, fijos, sino que están sujetos a cambio. Los estilos de vida individuales, caracterizados por patrones de comportamiento identificables, pueden ejercer un efecto profundo en la salud del individuo y en la de otros.

Si la salud ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las condiciones sociales de vida que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento. Sin embargo, es importante reconocer que no existe un estilo de vida “óptimo” al que puedan adscribirse todas las personas.

El nivel socioeducativo, la estructura familiar, la edad, la aptitud física, el entorno medioambiental y laboral, harán más atractivas, factibles y adecuados determinados comportamientos y formas de vida. Para la OMS, las condiciones de vida son el entorno cotidiano de los individuos, dónde éstos viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico; todo lo cual puede ejercer impacto en la salud, estando probablemente en buena medida fuera del control inmediato del individuo. Acción que se inscribe en parte de lo planteado en la Carta de Ottawa²⁹, donde se sugiere crear ambientes favorables para la salud, basados en la premisa de mejorar y cambiar las condiciones de vida para coadyuvar en mantener y mejorar la salud.

Durante las últimas décadas se han producido grandes cambios demográficos, económicos y vida que han repercutido, entre otros ámbitos, en los estados nutricionales de las

²⁹ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.

poblaciones³⁰. Entre estos cambios podemos citar a la industrialización, la explosión demográfica que conlleva a una marcada urbanización, el desarrollo socio-económico y la globalización. Algunos de ellos se encuentran vinculados estrechamente a los estilos de vida de los individuos y pueden ser, por tanto, modificables³¹.

La OMS³², especifica que el estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Los mismos comportamientos son interpretados y puestos a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.

Como señala el Ministerio de Salud de Nación³³, la gravedad del problema repercute luego en la adultez y en las probabilidades de padecer a edades más tempranas algunas enfermedades crónicas, no transmisibles como por ejemplo hipertensión, diabetes, enfermedades cardiovasculares, sobrepeso, obesidad etc.

Los hábitos alimentarios relacionados a los estilos de vida son algunas de las causas reconocidas como responsables del desajuste alimentario. Así pueden detectarse aumento de prevalencias negativas de la salud a nivel global como ser altas prevalencias de sobrepeso y obesidad como así también elevadas prevalencias de desnutrición³⁴⁻³⁵⁻³⁶. Ello podría deberse a

³⁰ Duran, P. (2005). Transición Epidemiológica nutricional o “efecto mariposa”. *Arch. Argent, Pediatr.* 103 (3:195-7).

³¹ Bozkurt, S., Zayim, N., Gulkesen, K.H., Samur, M.K., Karaağaoğlu, N., Saka, O. (2011). Usability of a web-based personal nutrition management tool. *Inform Health Soc Care*, 36(4), 190-205.

³² Organización Mundial de la Salud. (1999). *Estilo de Vida. Glosario de Promoción de la Salud.*

³³ Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Segunda Encuesta Nacional de factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Cap.6 pág. 64. Primera Edición. Buenos Aires.

³⁴ Dipierri, J.E., Bejarano, I., Spione, C., Etchenique, M.C., Macias, G., Alfaro, E. (1996). Variación de la talla en escolares de 6 a 9 años de edad en la provincia de Jujuy. *Arch. argent. pediatr*; 94:369-375. 11.

³⁵ Bejarano, I., Dipierri, J.E., Alfaro, E., Fiorito, A., García, T., García, N., Kinderman, O. (1999). Estudio comparativo de talla y peso de escolares primarios jujeños. *Rev Argent Antropol Biol*; 2 (1):7-18. 13.

³⁶ Meyer, E., Carrillo, R., Román, E.M., Bejarano, I., Alfaro, E.L., Dipierri, J.E. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. *Arch. argent. pediatr.* 111(6):19-27.

que el patrón alimentario actual se caracteriza por un incremento significativo de hidratos de carbono refinados y grasas representada por aceites vegetales de bajo costo y calidad³⁷.

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. En cambio la Alimentación implica una serie de actos voluntarios y conscientes, que consisten en la elección, conservación, preparación e ingestión de alimentos³⁸.

Macías y colaboradores señalan que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales y que durante la infancia contribuyen a un desarrollo y crecimiento óptimo, así como una maduración biopsicosocial, es necesario que los niños adquieran durante esta etapa hábitos alimentarios saludables³⁹.

Si bien se admite que las poblaciones humanas siguen un mismo patrón de crecimiento, con independencia del grupo étnico y de la localización geográfica, no se excluye que las discrepancias antropométricas interpoblacionales reflejen verdaderas diferencias en el potencial genético y no solamente la influencia de factores ambientales, sobre todo en etapas más avanzadas de la ontogenia⁴⁰.

Definir a los hábitos alimentarios no resulta sencillo ya que existe una diversidad de conceptos, sin embargo, la mayoría converge en que se tratan de manifestaciones recurrentes de comportamiento individuales y colectivas respecto al qué, cuándo, dónde, cómo, con qué, para

³⁷ Gardner, G., Halweil, B. (2000). Hunger, escaping excess. *World Watch* 13:25-35.

³⁸ WHO. (1998). Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Ginebra.

³⁹ Macías, A.I.M., Gordillo, L.G. S., Camacho, E.J. (2012). “Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud”. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

⁴⁰ Butte, N.F., Garza, C.O. M. (2007). Evaluation of the feasibility of international growth standards for school-aged children and adolescents. *J Nutr*; 137 (1):153-7.

qué se come y quién consumen los alimentos, y que se adoptan de manera directa e indirectamente como parte de prácticas socioculturales⁴¹.

Según la OMS, los principales factores determinantes de la salud están ligados a la alimentación y a la práctica de actividad física. Así, llevar una alimentación equilibrada, realizar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas. Plantea que los jóvenes en edad escolar deben acumular diariamente al menos 60 minutos de actividad física de intensidad moderada o vigorosa para garantizar su desarrollo saludable⁴².

Por otra parte la salud tiene su epicentro en las capacidades: vital, comunicación, crítica, autocrítica, autonomía, solidaridad, goce, integración y creatividad⁴³.

Copello y Pérez definen a la Educación para la Salud como *“un proceso dialéctico de transformación personal y social, que le posibilita al ser humano generar actitudes y comportamientos, comprometidos e interactúenles para desarrollar capacidades y tomar decisiones que hacen a su propio estilo de vida; creando proyectos de autosuperación con otros”*⁴⁴.

ANTECEDENTES

Los numerosos estudios nacionales o internacionales permiten observar el estado nutricional de las poblaciones o individuos a través de reportes de investigaciones. La mayoría de ellos son productos de evaluaciones antropométricas y fueron realizadas sobre poblaciones escolares. De esta manera los indicadores antropométricos se constituyen de utilidad para valorar el estado de salud y nutrición de los niños, permitiendo inferir de forma indirecta la calidad de vida de una población.

⁴¹ Moreiras, O., Cuadrado, C. (2001). Hábitos alimentarios. Tojo, Barcelona.

⁴² U.S. Department of Health and Human Services. (1996): “Physical Activity and Health: report of the surgeon general.” Atlanta, GA: U.S Department of health Services, Center for Disease, Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

⁴³ Weinstein, (1978), Pág. 49.

⁴⁴ Copello, M.G., Perés, V. (Ed.). (1988). *Educación para la salud* Editorial Estrada. Buenos Aires.

Uno de los antecedentes encontrados analiza las prevalencias del Estado Nutricional y las características antropométricas de niños de colegios privados de Caracas y de zonas suburbanas de Baruta y el Hatillo⁴⁵. Evalúan en su trabajo, 1009 niños de 640 de colegios privados y 369 niños escolarizados de colegios públicos de zonas suburbanas. Los resultados que encuentran reportan la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de estado nutricional entre los niños. Los de los colegios privados mostraron una mayor proporción de valores por encima del promedio para los indicadores (PT 20.3%, TE 45.3%, PE 37.7%) en comparación con de las zonas suburbanas (PT 8.4%, TE 16%, PE 11.4%). Fueron los niños de las zonas suburbanas quienes mostraron las mayores prevalencias de valores bajos en promedio. Concluyen que los resultados evidencian que el estrato socio económico o poder adquisitivo de la familia tiene una influencia determinante sobre el estado nutricional de los mismos.

Bergel y sus colaboradores⁴⁶ trabajaron sobre la valoración nutricional de escolares de tres países iberoamericanos. Plantean que el índice de masa corporal (IMC) resulta un indicador útil para valorar la condición nutricional en la infancia y adolescencia.

Si bien no existe consenso respecto a los valores o puntos de corte de IMC que deben utilizarse para la diagnosis del sobrepeso, la obesidad o la insuficiencia ponderal, las referencias propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Obesity Task Force (IOTF) son las más aceptadas. No obstante, existen discrepancias importantes en los resultados obtenidos en función de una u otra referencia.

El objetivo de este trabajo fue analizar y comparar la condición nutricional de una muestra internacional a partir del IMC, mediante la aplicación simultánea de las referencias recomendadas por la IOTF y la OMS. Se calculó el IMC de 1289 escolares de 10 a 13 años de México, Venezuela y España. A cada niño le fue atribuida una categoría nutricional (bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesidad) utilizando el criterio de la IOTF (puntos de corte equivalentes a 18,5; 25 y 30 en adultos) y OMS (-1 DE: bajo peso + 1 DE: sobrepeso y +2 DE: obesidad).

⁴⁵ Hernández, R.A., Guillen Pérez, A., Mogollón Herrera, H. A., Hernández de Valera, Y. (2007). Estado nutricional de niños en colegios privados y en zonas suburbanas de los Municipios Baruta y el Hatillo de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*; 20(2):65-70.

⁴⁶ Bergel, M.L., Cesani, M.F., Cordero, M.L., Navazo, B., Olmedo, S., Quintero, F., Sardi, M., Torres, M.F., Aréchiga, J., Méndez de Pérez, B., Marrodán, M.D. (2014). Valoración nutricional de escolares de tres países iberoamericanos: Análisis comparativo de las referencias propuestas por el International Obesity Task Force (IOTF) y la OMS.

Las prevalencias de estado nutricional obtenidas por cada criterio fueron comparadas mediante la prueba de Chi-Cuadrado. El porcentaje de escolares en cada una de las categorías nutricionales vario significativamente en función de la referencia empleada. La prevalencia de malnutrición por exceso o por defecto fue, en ambos sexos y en los tres países, superior al emplear los parámetros OMS. La referencia OMS evidencio un 10,9% menos de niños normonutridos y un 13,1% más de malnutridos que la IOTF.

Por su parte Meléndez y sus colaboradores⁴⁷ investigaron el comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. Este trabajo tiene como objetivo identificar los factores sociales asociados con la obesidad y con los comportamientos alimentarios de riesgo en un grupo de niños y niñas de 7 a 12 años de edad, en Hermosillo, Sonora, México.

Los resultados muestran que el 40% de la población estudiada presentó sobrepeso y obesidad; el 39 % tuvo predisposición a prácticas alimentarias de riesgo y el 30% ya presentaba dichos rasgos. Se encontró que el miedo a la obesidad y la obsesión por la delgadez, la ansiedad por los alimentos consumidos, las prácticas alimentarias restrictivas, así como la presión social sobre la imagen corporal, fueron los principales factores asociados con los comportamientos alimentarios de riesgo en la niñez.

En Argentina si bien se dispone de información de prevalencias de malnutrición (desnutrición y exceso de peso), existe dificultad en la comparación debido a que en la mayor parte de los casos hay disparidad en las técnicas y/o metodologías empleadas. En un trabajo realizado por Oyhenart y colaboradores⁴⁸, se tuvo como objetivo analizar el estado nutricional de la población infanto-juvenil de seis provincias: Buenos Aires (Brandsen y La Plata), Catamarca (Catamarca), Chubut (Puerto Madryn), Jujuy (San Salvador de Jujuy), La Pampa (Santa Rosa y Toay) y Mendoza (General Alvear), empleando la misma metodología de estudio a fin de disponer de elementos diagnósticos que permitan su contrastación.

⁴⁷Meléndez, J.M., Cañez, G.M., Frías, H. (2010). Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. *Soc. Mex. Ped.* 5(1):19-29.

⁴⁸ Oyhenart, E., S. Dahinten, JA. Alba, E. Alfaro, I. Bejarano, G. Cabrera, J. Dipierri, L. Forte, D. Lomaglio, M. Torre, J. Verón, J. Zavatti (2008). Estado nutricional infanto juvenil en seis provincias de argentina: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 10(1):1-62.

Se midieron, en el período 2003-2005, peso corporal (kg) y talla (cm) en una muestra de 15011 escolares asistentes a 102 establecimientos escolares comprendidos entre los 3 y 18 años de edad. Con los datos obtenidos se analizaron los indicadores Talla/Edad, Peso/Talla, Peso/Edad e Índice de Masa Corporal (IMC). Las prevalencias generales de desnutrición (BT/E, BP/T y BP/E) y exceso de peso (S+O) correspondientes a las distintas provincias fueron: Jujuy 23.0% y 12.8%, Catamarca 25.9% y 10.8%, Mendoza 12.5% y 17.1%, La Plata 13.5% y 18.9%, Brandsen 10.5% y 21.3%, La Pampa 9.6% y 22.1% y Chubut 8.7% y 26.7%, respectivamente. Las prevalencias de malnutrición mostraron diferencias regionales con variación clima: mientras la desnutrición decreció del norte al sur del país, el sobrepeso-obesidad mostró una situación inversa: mayor en el sur y menor en el norte.

En este trabajo Almada⁴⁹ investigó sobre la prevalencia del sobrepeso y obesidad en alumnos de 4º grado de educación general básica (E.G.B.) en diferentes situaciones socio-económicas de la ciudad Córdoba en el período octubre de 2008. Esta investigación expresa que el enorme interés suscitado por la obesidad y el sobrepeso deriva del aumento en los índices de prevalencia de todo el mundo. En Argentina los índices de sobrepeso en la población infantil rondan el 26%. Más preocupante aún resulta si tomamos en consideración que en la Ciudad de Córdoba se observa el mayor índice de prevalencia de toda la provincia (37%). Entre los factores sociales que ejercen una importante influencia en la prevalencia de la obesidad se destaca el papel del Nivel Socio-Económico (NSE).

El objetivo de la investigación es el de realizar una evaluación de la relación existente entre los índices de obesidad y sobrepeso de alumnos de 4to grado de escuelas públicas y privadas de la ciudad de Córdoba, y las condiciones socio-económicas de cada uno (NSE).

En el presente estudio se llevó a cabo un diseño transversal, prospectivo con alcance correlacional simple. En primer lugar se realizó un análisis tendiente a evaluar si se observaban diferencias en los niveles de prevalencia de obesidad y sobrepeso según edad y género de los participantes. Los resultados señalan que no existen diferencias significativas entre hombres (P=2,7) y mujeres (P=2,6). Tampoco se observó una asociación con la edad de los participantes.

⁴⁹Almada, J. R. (2008). Prevalencia del sobrepeso y obesidad en alumnos de 4º grado de Educación General Básica (E.G.B) en diferentes situaciones socio-económicas de la Ciudad Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.

Por último, se llevó a cabo un Análisis de Varianza de una Vía (ANOVA) para evaluar diferencias según el NSE. Los resultados obtenidos señalan la ausencia de una diferencia estadísticamente significativa ($F= 0,931$; $gl=3$; $p>0,42$), sin embargo, se observó una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (38%) en el estrato de NSE “Muy Bajo”. De esta manera podría sostenerse que los alumnos de NSE superior poseen hábitos alimenticios adecuados y un estilo de vida más saludable que los alumnos de NSE inferior.

Otra investigación realizada por Padilla⁵⁰ fue su trabajo sobre la prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. Considera que en Argentina la información de sobrepeso-obesidad en escolares es escasa. Los objetivos de este estudio son analizar la prevalencia de sobrepeso-obesidad y determinarlos factores con valor preventivo en escolares de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina.

Se trata de un estudio de prevalencia. Se aplicó un muestreo probabilístico mixto, 1.645 escolares de 6 a 11 años fueron entrevistados con sus padres. El diagnóstico nutricional se hizo con el índice de masa corporal siguiendo los criterios del International Obesity Task Force.

Las prevalencias de sobrepeso-obesidad encontradas fueron altas: 25,6% (IC95%: 23,5; 27,7) y 13,8% (IC95%: 12,1; 15,5) respectivamente, semejantes a resultados nacionales y superiores a otros estudios provinciales y latinoamericanos. Se construyó un modelo de predicción mediante análisis de regresión multivariado considerando como variable dependiente al exceso de peso. El modelo final incluye: tener un hermano o ninguno, alto consumo de comidas rápidas y alto consumo de gaseosas.

En relación a los antecedentes sobre prevalencias del exceso de peso son abundantes tanto a nivel internacional como nacional y en particular para la provincia de Jujuy. Al respecto, Bolzán y colaboradores⁵¹ trabajaron sobre la evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino en el marco del proyecto encuna. Parten en considerar que debido a la

⁵⁰Padilla, I. S. (2011). Prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 7(3):377-388.

⁵¹ Bolzán, A., Mercer, R., Ruiz, V., Brawerman, J., Marx, J., Adrogué, G., Carioli, N., Corder, C. (2005). Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuna. *Arch. argent. pediatr*; 103(6):545-555.

situación de crisis que atravesó nuestro país entre 2001 y 2002, la Cruz Roja Alemana y su contraparte de Argentina, con el apoyo de la Oficina Europea de Ayuda Humanitaria (ECHO), plantean la necesidad de realizar una investigación diagnóstica que permitiera conocer el estado nutricional y las condiciones de vida de la población infantil en situación de pobreza de las provincias del norte argentino.

Es un estudio transversal, en hogares bajo la línea de pobreza, con al menos un hijo entre 6 meses y hasta 6 años de edad. Muestreo probabilístico, estratificado y multietápico (n= 3.630 encuestas). Se estimaron los indicadores de peso/edad, talla/edad, índices de peso/talla y masa corporal (IMC) según edad y sexo. Se realizaron comparaciones con estándares nacionales e internacionales.

Entre sus resultados muestran que Tucumán y Santiago del Estero (NOA) y Corrientes y Misiones (NEA) tienen las prevalencias más elevadas de bajo peso así como de baja talla ($\leq \pm 2$ DE). La adecuación peso/talla e IMC mostró sesgos hacia la derecha reflejando, por un lado, la ausencia de emaciación como problema nutricional prevalente y la tendencia de ciertos grupos poblacionales infantiles hacia el riesgo de sobrepeso y obesidad. Concluyen que los componentes del proyecto muestran los gradientes de la problemática nutricional en la población estudiada de carácter jurisdiccional. El problema de la desnutrición crónica emerge como prevalente, en tanto el riesgo de obesidad se encuentra presente, hecho que condiciona la necesidad de respuestas diferenciales acordes a la realidad particular de cada provincia.

Meyer y sus colaboradores⁵² estudiaron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. En este estudio se comparan las prevalencias de sobrepeso (SP) y obesidad (OB) en escolares jujeños de distintos niveles altitudinales utilizando las referencias de la International Obesity Task Force (IOTF), de los Centers for Disease Control (CDC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la concordancia entre ellas.

Los datos de peso y talla de 15 541 escolares (PROSANE) se agruparon en tierras altas (TA) (≥ 2500 msnm) y bajas (TB) (< 2500 msnm), y en dos grupos de edad (5 a 6,99 y 11 a

⁵² Meyer, E., Carrillo, R., Román, E.M., Bejarano, I., Alfaro, E.L., Dipierri, J. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.516>.

12,99 años). Se calcularon las prevalencias de SP, OB y SP+OB según las referencias. Las diferencias entre variables y prevalencias se establecieron con la prueba de la χ^2 y la prueba de la t, y la concordancia entre criterios, con el índice kappa.

Los escolares de las TA presentaron menor peso, talla e índice de masa corporal (IMC) ($p < 0,05$). Las prevalencias de SP, OB y SP+OB con OMS fueron superiores, excepto para SP en ambos sexos de 11 a 12,99 años de TB y TA. Independientemente de las referencias, el sexo y la edad, las prevalencias de SP, OB y SP+OB fueron, en general, mayores en las TB. La concordancia entre las referencias IOTF/CDC fue buena-muy buena, y entre estas y las de la OMS, regular-moderada. Los escolares de TA presentaron menor prevalencia de SB y OB. La mejor concordancia se dio entre las referencias IOTF y CDC.

Bejarano y colaboradores⁵³ investigaron la evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. Expresan que en los países subdesarrollados se detecta aumento del sobrepeso, obesidad y desnutrición en las poblaciones infantiles. El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de sobrepeso/ obesidad y desnutrición y su evolución (1995- 2000) en escolares de San Salvador de Jujuy.

Para ello se analizaron los datos de todos los escolares evaluados en el Departamento de Salud Escolar del Ministerio de Bienestar Social ($n = 48.533$). Para determinar los porcentajes de sobrepeso/obesidad se utilizaron los siguientes criterios: criterio 1: puntos de corte de 25 kg/m² (sobrepeso) y 30 kg/m² (obesidad) (referencia transcultural); criterio 2: percentilos 85 (sobrepeso) y 95 (obesidad) del IMC de la referencia internacional y criterio 3: percentilos 85 y 95 de la población jujeña. La desnutrición se evaluó mediante Pz, determinándose baja talla y bajo peso para la edad o ambos.

En cuanto a los resultados se observaron diferencias en las estimaciones entre criterios; fueron mayores los valores obtenidos con el criterio 2. El incremento promedio de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, considerando todos los criterios e independientemente del sexo, fue mayor en el grupo de 11-16 años. Los varones presentaron prevalencias mayores que las mujeres. Concomitantemente se observó un incremento de los porcentajes de baja talla y bajo peso para la edad.

⁵³ Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Arch. argent. pediatr.* 103(2):40-51

Concluyeron que se observó aumento de la prevalencia de sobrepeso/obesidad y desnutrición en el período analizado. Los porcentajes variaron según el sexo, la edad y el criterio utilizado. Se confirma la existencia del paradigma nutricional emergente “obesidad en la pobreza”, por lo que se sugiere que la evaluación del sobrepeso y la obesidad debería incluir más de un criterio, en razón de que éstos proporcionan resultados similares pero no idénticos.

Por su parte Guevara y Zalazar⁵⁴ realizaron un estudio en niños con sobrepeso y obesidad en la Escuela N ° 445 del Barrio la Merced de la ciudad de San Pedro de Jujuy. Este proyecto toma como base información de un estudio realizado por la Escuela N° 445 del Barrio La Merced donde se observó un notable número de alumnos entre 5 y 13 años con incremento en su masa corporal. La investigación pretende presentar las características alimentarias de los niños con tal problemática teniendo como único fin desarrollar acciones en bien de la Salud.

⁵⁴ Guevara, M. C., Zalazar, B. E. (2012). Proyecto de investigación: características alimentarias de niños con sobrepeso y obesidad del barrio la merced de la Ciudad de San Pedro de Jujuy. Universidad Nacional de Córdoba.

OBJETIVOS

Objetivo General

- ✓ Determinar el estado nutricional de la población escolar concurrente al JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca y relacionar el mismo a la promoción de hábitos alimentarios saludables como reflejo de su calidad de vida

Objetivos Específicos

- ✓ Comprobar la relación de variables antropométricas de peso y talla con variables socio demográficas y de hábitos alimentarios en los niños asistentes al JIN N°11.
- ✓ Verificar el estado nutricional según el IMC de los escolares asistentes al JIN N°11, de acuerdo al sexo y a la edad.
- ✓ Correlacionar los hábitos alimentarios que poseen los niños con datos sociodemográficos y de estilos de vida saludables.
- ✓ Describir las estrategias que se implementan para la promoción de hábitos alimentarios saludables.

MATERIALES Y METODOS

Descripción del espacio de estudio

La institución JIN N°11 (Jardines de Infantes Nucleados) fue creada el 5 de julio de 2010, con la gestión de la Supervisora Lic. Elda Canavire, a través de la Resol. 403/3, su primera Directora Silvia Codina, la directora titular está con ascenso a supervisora- Región I la Lic. Marlene Asturizaga. La institución cuenta con 16 salas de 3, 4, y 5 años, distribuidas en ambos turnos sumando un total 366 alumnos. Nuclea los Jardines de Infantes de la Escuela N° 86 Hipólito Irigoyen, la Escuela Normal, y la Escuela N°440 Batalla de Quera. Las características socio-económicas y culturales varían considerablemente de una institución a otra. Sin bien las tres instituciones se sitúan en la ciudad de La Quiaca presentan diferentes realidades.

La Escuela N°440 “Batalla de Quera” es una institución localizada sobre Avenida Paraguay, el ingreso al Jardín es por calle Oratorio (Figura 1), las familias que la componen provienen de los alrededores del Barrio periférico Santa Teresita, algunas están expuestas a condiciones precarias de vida. habitan en lugares de alta densidad poblacional, en las inmediaciones del barrio, ésta vulnerabilidad se hace sentir cuando éstas familias optan ésta institución por el uso del servicio de comedor.

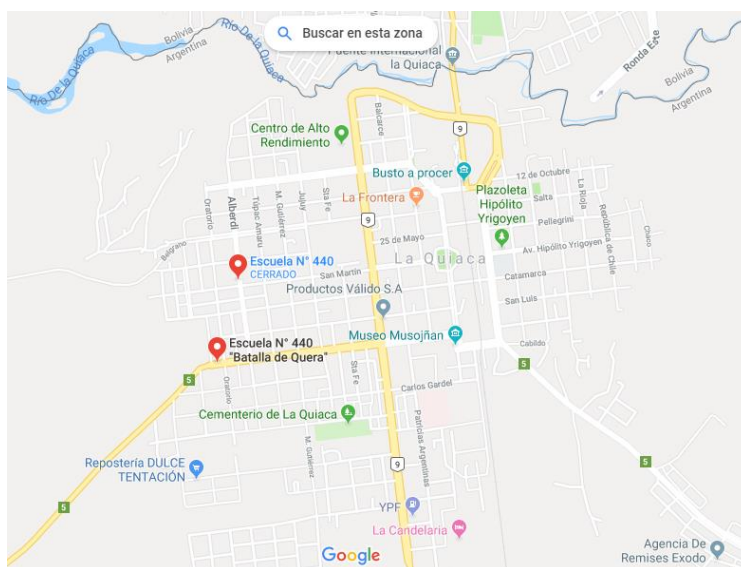


Figura 1: localización espacial de la Escuela N°440 “Batalla de Quera”

Otra de las instituciones que nuclea es el de la Escuela Normal, se encuentra ubicado en pleno centro sobre Avenida Lamadrid (Figura 2), contiene una población con mayor adquisición económica, en su mayoría son comerciantes, empleados nacionales, profesiones con títulos universitarios o terciarios.

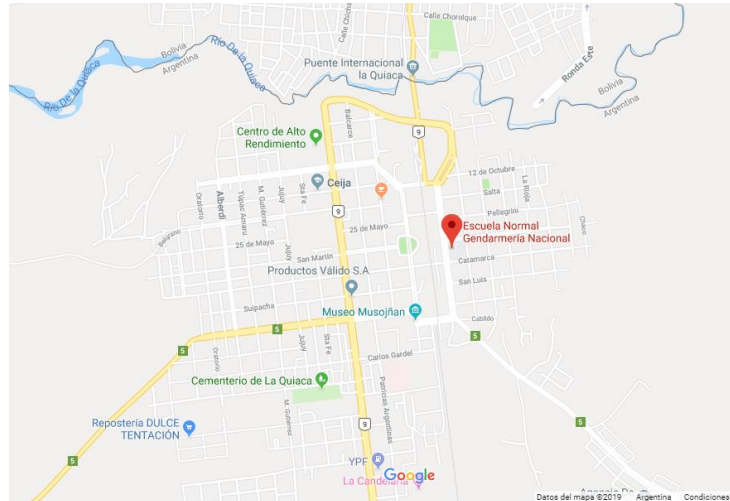


Figura 2: localización espacial de la Escuela “Normal”

La tercera institución y una de las más antiguas de la ciudad es la Escuela N°86 Hipólito Yrigoyen, se ubica a metros de la escuela anterior (Figura 3), sin embargo la población asistente dista mucho de la realidad socio-económico de la misma. Hay un alto porcentaje de analfabetismo, asimismo muchos de los padres son oriundos de la ciudad limítrofe de Villazón Bolivia, algunos residen allí y se trasladan a diario hasta la ciudad de La Quiaca.

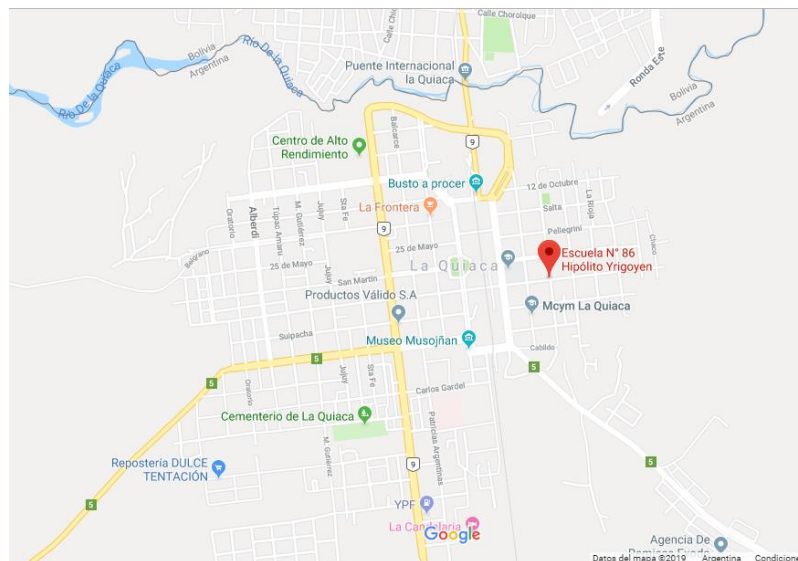


Figura 3: localización espacial de la Escuela N° 86 “Hipólito Yrigoyen”

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Las investigaciones descriptivas están dirigidas a determinar cómo es o como está la situación de las variables que se estudian en una población la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quienes y donde se presenta determinado fenómeno.

El estudio que se efectuó desde un diseño de carácter descriptivo y comparativo, con un enfoque cuantitativo. El diseño de la investigación fue de tipo transversal, no experimental, ya que no se manipuló variables, solo se observaron los fenómenos de la población. Donde se relevaron datos antropométricos (peso y talla), registros socio-demográficos y referidos a los hábitos alimentarios.

El universo de estudio del presente trabajo estuvo comprendido por casi el total de alumnos en ambos turnos, mañana y tarde, los mismos se distribuyen de la siguiente manera:

Escuela N°440 “Batalla de Quera”

Sección	Alumnos Último Día		
	V	M	T
Sala de 3 años	6	12	18
Sala de 4 “A”	15	20	25
Sala de 5 “A”	12	14	26
Sala de 3 años	9	10	19
Sala de 4 “B”	11	9	20
Sala de 5 ”B”	13	11	24
TOTAL	66	66	132

Escuela Normal

Sección	Alumnos Último Día		
	V	M	T
Sala de 4 "A"	9	17	26
Sala de 5 "A"	11	13	24
Sala de 4 "B"	12	12	24
Sala de 5 "B"	12	10	22
TOTAL	44	52	96

Escuela N°86 "Hipólito Yrigoyen"

Sección	Alumnos Último Día		
	V	M	T
Sala de 4 "A"	16	7	23
Sala de 5 "A"	10	15	25
Sala de 5 "B"	13	8	21
Sala de 4 "B"	14	10	24
Sala de 5 "C"	10	13	23
Sala de 5 "D"	14	8	22
TOTAL	77	61	138

La muestra para el cuestionario sobre los hábitos alimenticios, se apuntó a la totalidad de la población estudiantil. Se alcanzó aproximadamente en total 361 niños. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia del investigador. Se utilizó el mismo porque la población a

investigar fueron estudiantes con asistencia regular, lo que permitió que sea rápido, económico y sobre todo accesible.

Datos Antropométricos

El procedimiento para la recolección de los datos cuantitativos se basó en la antropometría sobre la toma de peso y talla en niños desde su ingreso al establecimiento (3 años) hasta los cinco años (2do ciclo). Estas mediciones se efectuaron de acuerdo con las recomendaciones internacionales⁵⁵ y nacionales⁵⁶.

Peso y Talla

El peso de los niños se tomó en Kg. con una balanza digital marca Tanita. La talla se midió en milímetros y se utilizó una cinta métrica metálica adosada a la pared en posición vertical, verificada con plomada. Los niños se colocaron de espaldas al instrumento, de pie, firmes, sin rigidez, con la mirada fija hacia el frente, los talones juntos y la punta de los pies separado formando un ángulo de 45 ° aproximadamente. Una vez controlada esta posición se colocó un tope que se apoyó en el vértex y en ese momento se realizará la lectura.

Evaluación Nutricional

De esta manera en función de este registro se determinará el estado nutricional del niño por sexo y edad a través del cálculo del Índice de Masa Corporal (Peso/Talla²) siguiendo los puntos de corte de Cole et al.⁵⁷⁻⁵⁸. Luego serán clasificados por estados nutricionales: delgadez, normnutridos, sobrepesos y obesos.

⁵⁵ Lasker, G. (1994). The place of anthropometry in human biology. En: Ulijaszek SJ, Mascie-Taylor CGN. Anthropometry: the individual and the population. Cambridge: *Studies in Biological Anthropology*; 14:1-6. 4.

⁵⁶ Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. (2001). Guías para la evaluación del crecimiento. *Sociedad Argentina de Pediatría*. 2da edición. Buenos Aires.

⁵⁷ Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey BMJ 2000;320:1240-3.

⁵⁸ Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. Br Med J. 2007;335: 194

Encuesta

Por su parte los registros sociodemográficos y los referidos a los hábitos alimentarios se realizaron mediante la aplicación del cuestionario confeccionado al efecto de que los padres, madres o tutores de los niños lo completen. El cuestionario tuvo preguntas relacionadas a lo siguiente: desayuno, merienda, cena (opciones de alimentos y bebidas) colación a media mañana y tarde, consumo de frutas, carnes, consumo de verduras.

En cuanto a los hábitos alimentarios se estableció a partir de un recordatorio alimentario 24 horas antes que consiste en recordar y en lo posible anotar todos los alimentos y bebidas que consumieron el día anterior, o lo que habitualmente consumen sus niños/as.

El cúmulo de datos obtenidos permitió tener una visión global y poblacional del estado nutricional de la población escolar y de sus hábitos con el fin de asegurar la validez y la fiabilidad de los conocimientos y encontrar nuevos indicios pertinentes para profundizar la investigación.

Universo y muestra

El universo de estudio del presente trabajo estuvo integrado por 361 niños entre 3 y 5 años de edad que concurren a las salas de tres instituciones escolares que nuclea el JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca.

Se obtuvo la autorización de la institución para acceder a la información recolectada de forma anual, para presentar a SInIDE (Sistema Integral de Información Digital Educativa). Asimismo, la posibilidad de realizar la aplicación del cuestionario a todas las salas, de las tres instituciones educativas, sin restricciones

Procesamiento de datos.

A partir de la obtención de los datos, con las variables previamente definidas para el trabajo de campo, se conformó una base de datos digital en el programa SPSS realizada por la tesista.

Posteriormente los datos fueron agrupados por sexo, edad y se compararon entre sí mediante proporciones y gráficas comparativas. Según las respuestas obtenidas en los cuestionarios se codificaron categorías de análisis y se las relacionaron al estilo de vida en función de los datos sociodemográficos.

Todo el análisis estadístico se realizó a partir de software SPSS (versión libre, 19.0 IBM). Los datos obtenidos permitieron tener una visión global de la población escolar sobre su estado nutricional y sus hábitos alimentarios. Y así asegurar la validez y fiabilidad de los conocimientos y encontrar nuevos indicios pertinentes para profundizar la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La obesidad es el aumento de la masa adiposa lo cual implica que, para evaluarla, se requiere de mediciones que permitan estimarla objetivamente. La medición directa de la masa adiposa literalmente imposible pues obligarla a separarla del resto del cuerpo para establecer su peso. Como alternativa, se han desarrollado diferentes métodos para estimarla; por ejemplo, el pliegue cutáneo, la bioimpedanciometría, la hidrodensitometría, la densitometría de absorción dual de rayos (DEXA), etc⁵⁹.

Existe consenso acerca de que el “estándar de oro” de la medición es el IMC y contra este método se han comparado otras mediciones que, por ser más simples, de bajo costo, aceptables por los individuos y fácilmente disponibles y accesibles, resultan más operativas, entre estas últimas se cuenta los pliegues cutáneos (tricipital y subescapular), el perímetro abdominal y últimamente también el perímetro del cuello.

Por su reproducibilidad, el indicador que se ha impuesto es el IMC. El IMC se expresa en unidades de Kg/m², hasta con un decimal. Antes de la edad adulta éste índice presenta gran variabilidad con la edad. En el niño, los valores límite de IMC saludable 18,2 y 25,0; valores superiores a 30 son equiparables a obesidad y entre 25 y 30 a sobrepeso.

⁵⁹ Barry CL, Brescoll VL, Brownell K, Shlesinger M. (2009). Obesity metaphors: How beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *Milbank Q*; 87(1):7-47

En los niños y adolescentes el sobrepeso corresponde a un IMC mayor que el percentilo 85 y hasta el percentilo 97. La obesidad corresponde a un IMC mayor que el percentilo 97.

El IMC es un excelente estimador de la grasa corporal total. Estos valores de normalidad en el adulto derivan de la asociación de los mismos con las más bajas tasas de mortalidad general, tanto en el varón como en la mujer. En la gran mayoría de los niños y adolescentes con obesidad (aproximadamente >95%) ésta es de origen multicausal. Una mínima proporción secundaria a síndromes genéticos u otras enfermedades ⁶⁰

Hasta principios del siglo XX la obesidad era considerada consecuencia de la gula, la glotonería y el descontrol de las comidas, poniendo en el individuo la total y exclusiva responsabilidad por el problema. Además, el sobrepeso y a obesidad no mórbida eran considerados expresión de salud adecuada posición social.

Si bien la obesidad es la manifestación del balance energético positivo, entre la ingesta y el gasto en el individuo, éste es el resultado de una muy compleja interacción entre lo biológico y lo social.

A lo largo de la prolongada evaluación de la especie humana, nuestro cuerpo ha desarrollado procesos del excedente energético en forma de grasa que le permite sobrevivir en momentos escasez de alimentos. Esta misma adaptación resulta contraproducente en ambientes donde la disponibilidad de alimentos y energía ya no es crítica.

Esta disponibilidad relativamente alta de energía alimentaría contribuye al denominado ambiente obesogénico, con las siguientes características ⁶¹:

- A nivel familiar: estilos de alimentación del niño muy permisivos o controladores; estilos de alimentación no saludables, con alto consumo de bebidas edulcoradas y alimentos con alto contenido de grasas y bajo consumo de frutas y verduras, estilo de vida sedentaria con

⁶⁰ Montero J.(2012). Consideraciones acerca de la obesidad, la sobrealimentación humana y sus orígenes. En Uauyr, Carmuega E (editores): Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur Buenos Aires: INTA, CESNI y el Instituto Danone, Cap 12.

⁶¹ Ministerio de Salud. Evaluación de los estados nutricionales de niñas, niños y embarazados mediante antropometría. Buenos Aire: Ministerio de Salud, 2009

excesivo tiempo ante TV, PC y otros dispositivos tecnológicos, a expensas de actividades, deportivas, recreativas, etc.

- A nivel comunitario: alimentación escolar inapropiada en los comedores escolares o en los kioscos escolares; falta de actividad física suficiente; ausencia de educación alimentaria en las escuelas, abundante disponibilidad de alimentos para comer al paso, falta de facilidades para desarrollar actividades deportivas.

- A nivel gubernamental: deficiente regulación de la publicidad de alimentos, particularmente dirigida a niños; deficiente regulación de la producción y oferta de alimentos procesados, entre otros. En las últimas décadas, con la epidemia de obesidad instalada en los países en vías de desarrollo y la profundización del conocimiento acerca del tema.

La obesidad y el sobrepeso son de origen multicausal y requieren un enfoque integral para su prevención y tratamiento de la transición nutricional. Es cada vez más evidente la importancia de este ambiente obesogénico como determinante de la obesidad. Las transformaciones sociales, demográficas y económicas sufridas en las décadas recientes por países como Argentina se corresponden con un proceso conocido como “fenómeno de transición nutricional”⁶².

Este proceso se caracteriza por la disminución de la mortalidad infantil, la disminución en los indicadores de malnutrición aguda que, no obstante, coexisten con una mayor prevalencia de indicadores de malnutrición crónica (como anemia y baja talla), y una mayor prevalencia de la obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles (como diabetes o enfermedad cardiovascular). En estos países, la malnutrición y la obesidad coexisten. A continuación, describimos algunos fenómenos comunes a los países industrializados que durante las últimas décadas han contribuido al aumento de la prevalencia de obesidad y de enfermedades crónicas no transmisibles.

⁶² Popkin B. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:289-98

Abundante evidencia epidemiológica señala la influencia de las condiciones de salud en los primeros estadios de la vida sobre el patrón de crecimiento, la composición corporal y el riesgo posterior de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. El bajo peso al nacer se asocia con mayor riesgo de obesidad, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad cardiovascular, y mortalidad en el adulto.

Asimismo, el exceso de ganancia de peso durante el embarazo, la diabetes gestacional, y la obesidad de la embarazada son factores de riesgo de obesidad del niño, produciendo incluso la transmisión trasgeneracional del riesgo.

El IMC presenta una primera elevación durante el primer año de vida (aunque el uso del IMC se recomienda después del primer año); luego se mantiene más o menos estable y entre los 5 y los 7 años presenta una segunda elevación llamada el rebote adipocitario. El rebote adipocitario temprano se asocia con mayor riesgo de obesidad y sugiere que sus determinantes están presentes desde temprano en el curso de vida. Cuanto más cerca de la edad adulta persista la obesidad, mayor es el riesgo de mantenerla más tarde durante la adultez, lo cual enfatiza la importancia de su prevención, detección y tratamiento en edades tempranas. El problema del sobrepeso y la obesidad e relación con la situación socio-económica es diferente entre los niños y los adultos. Mientras que en los niños a mejor situación socioeconómica la prevalencia de sobrepeso es mayor, en las mujeres adultas la relación es inversa; es decir, a peor situación socio-económica es mayor la prevalencia de sobrepeso..

Las evidencias científicas obtenidas permiten respaldar las consideraciones vertidas anteriormente. Nuestros resultados permitieron caracterizar los hábitos alimentarios y evaluar el estado nutricional de los escolares del JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca.

En las siguientes tablas se presentan de forma descriptivas los valores de las variables de peso en kg., y de talla en metros. A su vez se presenta el valor del indicador nutricional (IMC).

Datos descriptivos

EDAD	N	%
3 AÑOS	34	9,4
4 AÑOS	138	38,2
5 AÑOS	189	52,4
TOTAL	361	100

Tabla 1: Se presentan en forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado por edad

SEXO	N	%
FEMENINO	176	48,8
MASCULINO	185	51,2
TOTAL	361	100

Tabla 2: Se presentan en forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado por sexo

JIN 11	N	Media	Desv. típ.
ESC. 440	130	4,13	0,801
ESC. 86	137	4,67	0,471
ESC. NORMAL	94	4,49	0,503

Tabla 3: Se presentan en forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado por institución escolar.

JIN 11	GÉNERO	N	%
ESCUELA NRO 440	FEMENINO	63	48,50%
	MASCULINO	67	51,50%
ESCUELA NRO 86	FEMENINO	62	45,30%
	MASCULINO	75	54,70%
ESCUELA NORMAL	FEMENINO	51	54,30%
	MASCULINO	43	45,70%

Tabla 4: Se presentan en forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado por institución escolar según el género.

JIN 11	Eval. Nutr.	N	%
ESCUELA NRO 440	DEL	4	3,1%
	NOR	102	78,5%
	SB	23	17,7%
	OB	1	,8%
ESCUELA NRO 86	DEL	12	8,8%
	NOR	104	75,9%
	SB	15	10,9%
	OB	6	4,4%
ESCUELA NORMAL	DEL	10	10,6%
	NOR	72	76,6%
	SB	11	11,7%
	OB	1	1,1%

Tabla 5 : Se presentan en forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado por institución escolar según la evaluación nutricional.

En base a los datos relevados se procedió a la evaluación nutricional de los estudiantes según el indicador nutricional el IMC y los puntos de corte de la referencia de Cole et al, (2001 y 2007). Teniendo en cuenta las referencias guías: delgadez (DEL), normo peso (NOR), sobrepeso (SP) y obesidad (OB).

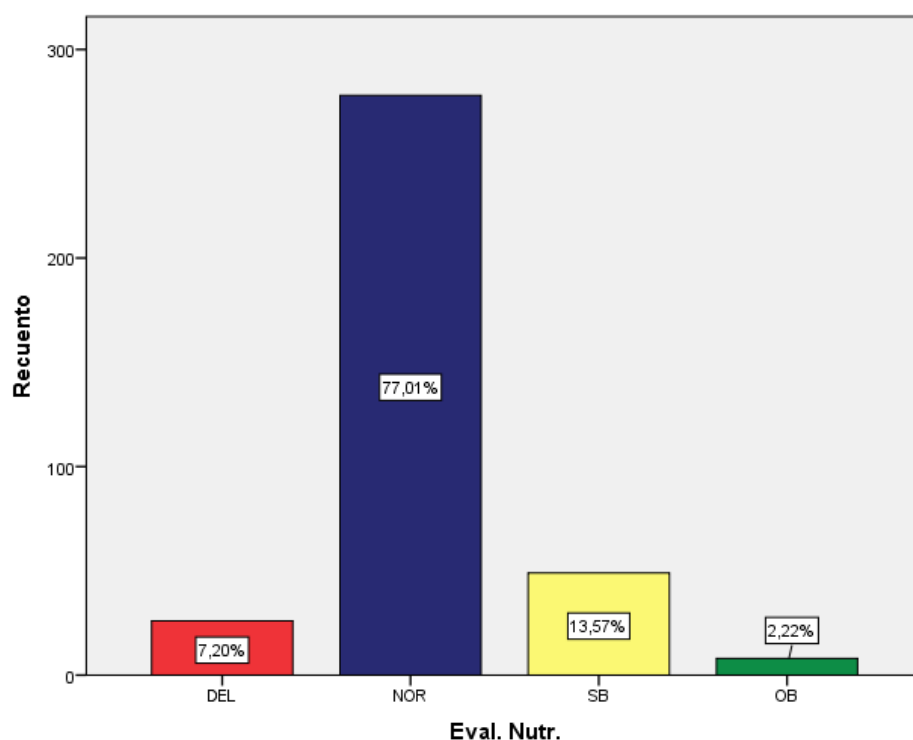


Grafico 1. Estado nutricional de la población general del JIN N°11

Al evaluar nutricionalmente se encontró que el 77,01% de los estudiantes se ubicaron en la categoría NOR, el 13,57 en SB, el 7,20 en la categoría de DEL y el 2,22% se clasificó como OB.

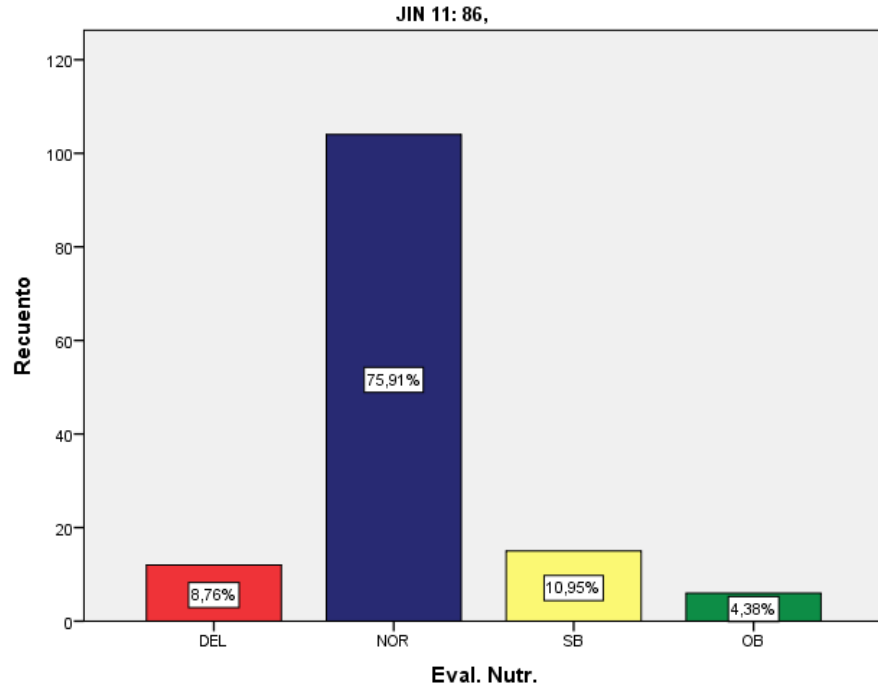


Grafico 2. Estado nutricional de la población de la Escuela N°86 del JIN N°11

Al evaluar nutricionalmente se encontró que el 75,91% de los estudiantes se ubicaron en la categoría NOR, el 10,95 en SB, el 8,76 en la categoría de DEL y el 4,38% se clasificó como OB.

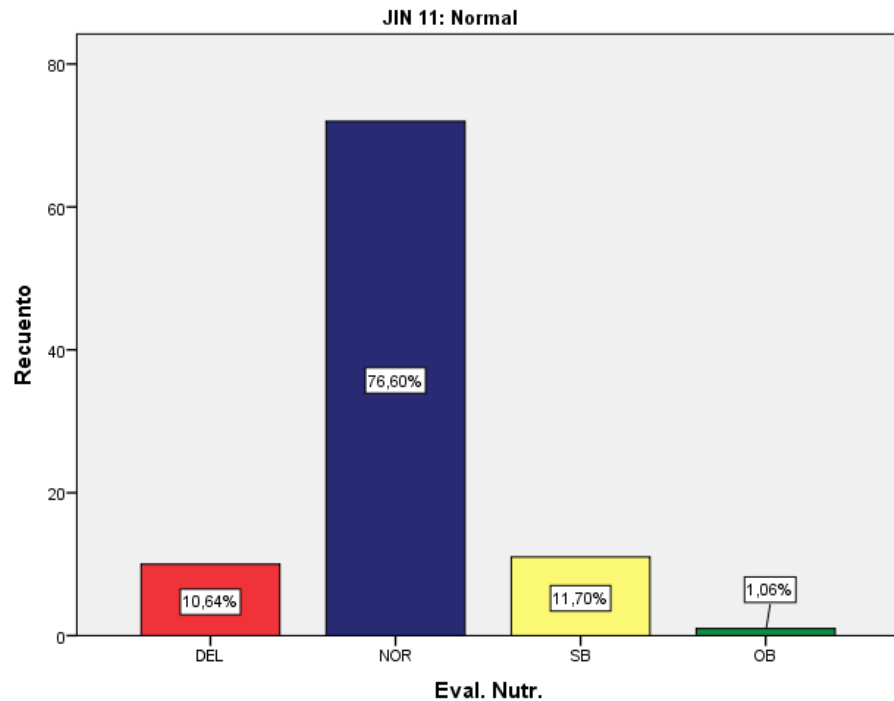


Grafico 3. Estado nutricional de la población de la Escuela Normal del JIN N°11

Al evaluar nutricionalmente se encontró que el 76,60% de los estudiantes se ubicaron en la categoría NOR, el 11,70 en SB, el 10,64 en la categoría de DEL y el 1,06% se clasificó como OB.

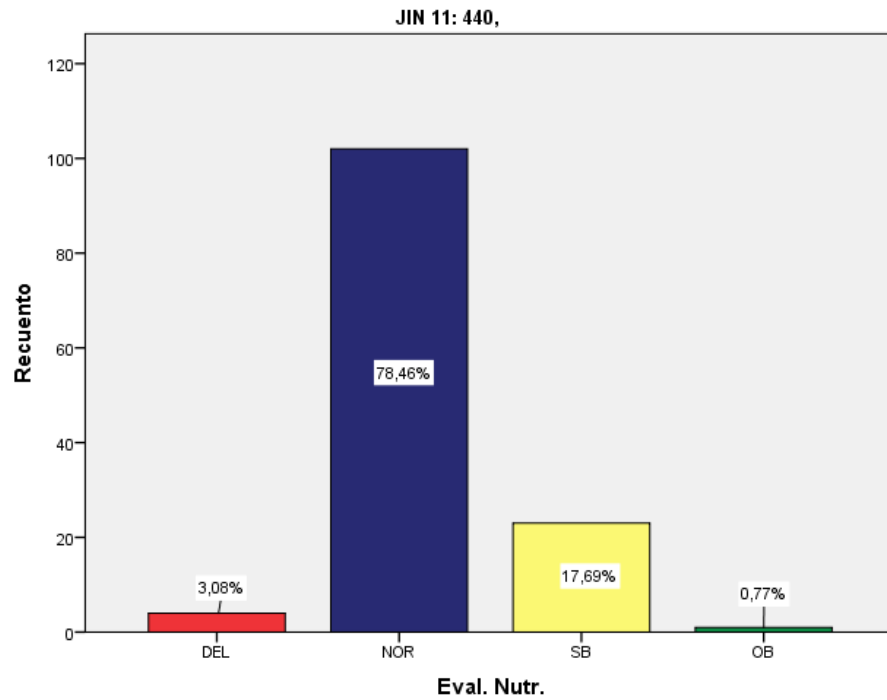


Grafico 4. Estado nutricional de la población de la Escuela N°440 del JIN N°11

Al evaluar nutricionalmente se encontró que el 78,48% de los estudiantes se ubicaron en la categoría NOR, el 17,69 en SB, el 3,08 en la categoría de DEL y el 0,77% se clasificó como OB.

ESTADO NUTRICIONAL	N	MEDIA	DESV. TÍP.
SEGÚN EL PESO	361	18,93	3,172
SEGÚN LA TALLA	361	1,18	0,136
IMC	361	16,07	1,632

Tabla 6. Se presentan de forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado al evaluar nutricionalmente a los estudiantes del JIN N°20.

JIN 11		PESO	TALLA	IMC	
ESCUELA 440	N	VÁLIDOS	130	130	130
		PERDIDOS	0	0	0
	MEDIA		18,27	1,06	16,22
	DESV. TÍP.		3,251	,070	1,588
	MÍNIMO		12	1	13
	MÁXIMO		39	1	25
ESCUELA 86	N	VÁLIDOS	137	137	137
		PERDIDOS	0	0	0
	MEDIA		19,37	1,09	16,09
	DESV. TÍP.		2,992	,064	1,706
	MÍNIMO		14	1	13
	MÁXIMO		31	1	22
ESCUELA NORMAL	N	VÁLIDOS	94	94	94
		PERDIDOS	0	0	0
	MEDIA		19,20	1,09	15,81
	DESV. TÍP.		3,197	,069	1,569
	MÍNIMO		14	1	12
	MÁXIMO		30	1	22

Tabla 7. Se presentan de forma general valores descriptivos de las variables e indicador utilizado al evaluar nutricionalmente a los estudiantes de cada institución escolar.

Es así que los resultados de nuestro estudio realizado se obtuvieron las prevalencias de NOR con un 77,01% de los estudiantes se ubicaron en la categoría NOR, el 13,57 en SB, el 7,20 en la categoría de DEL y el 2,22% se clasificó como OB. Lo que permite inferir que actualmente, el exceso de adiposidad está representado uno de los trastornos por malnutrición más relevantes en niños/as. Esto no escapa a nivel internacional en donde se registra una epidemia mundial creciente de obesidad, en los niños, con variación de la tendencia secular entre países ⁶³

A partir de la prevalencia de obesidad observada en el continente americano que entre 1985 y 2005, se estimaba para el año 2010, una prevalencia del 15% de OB y del 40 % de sobrepeso (SP)⁶⁴.

En la Argentina, en el 2007, la prevalencia de OB y SP en escolares fue del 2,6% y 19% respectivamente ⁶⁵ .

En la ciudad de San Salvador de Jujuy, entre 1995 y 2000 utilizando distintos criterios de evaluación, las prevalencias de OB y SP en los escolares superiores al 4% y al 13%, en ese orden⁶⁶.

Por su parte los siguientes datos relevados en encuestas están relacionados al consumo de alimentos y consumo de bebidas, en las diferentes comidas del día.

⁶³ Wang Y, Lobstein T. (2015). Obesidad infantil y adolescente: parte de un panorama más amplio.

⁶⁴ Lobstein T.(2010) Prevalence and trends in childhood obesity. En: Crawford D, Robert WJ, Ball K, BRug J. (edt) Obesity Epidemiology: from Aetiology to Public Helth 2da ed. Oxford University Press.

⁶⁵ Linetzky B, Morello P, Virgolinia M, Ferrante D. (2011). Resultados de la Primera encuesta Nacional de Salud Escolar Argentina Arch Arget Pediatr; 109 (2):111-6

⁶⁶ Bejarano IF, Dipierri J, Alfaro E, Quispe Y, Cabrera G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en esclares de San salvador de Jujuy. Arch Arget Pediatr; 103(2): 101-9



Gráfico 5.a. Hábito del desayuno en la casa de los estudiantes del JIN N°11

En el gráfico se encuentra reflejado que del total de encuestados el 72,12% desayunan en el hogar, el 3,10% no lo hacen, el 9,73 lo hace a veces y el 15,04% de los encuestados no contesto la pregunta.

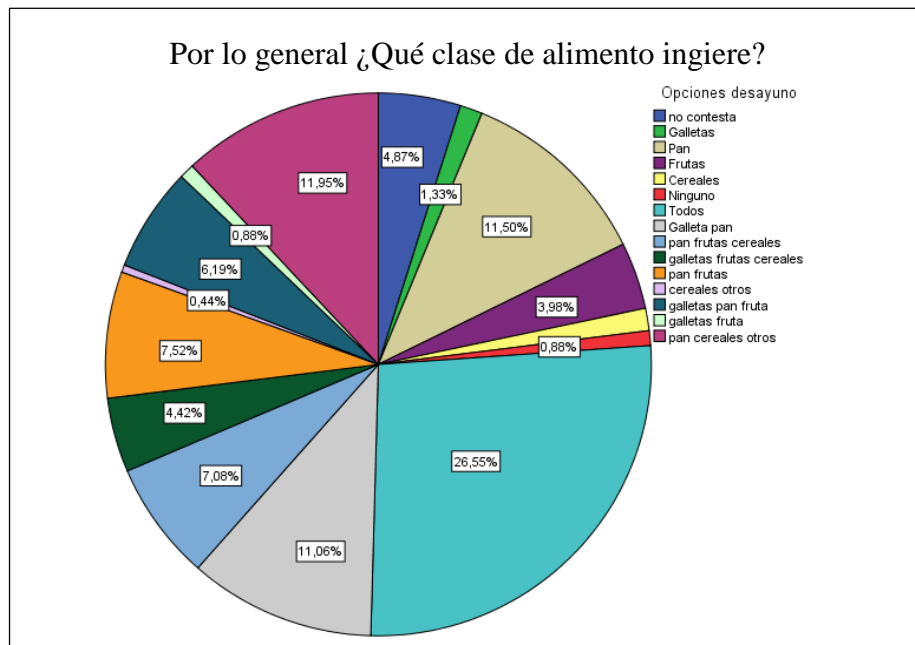


Gráfico 5.b. Clases de alimentos que incluyen en el desayuno en la casa los estudiantes.

En el gráfico 5.b. se observa que el 4,87% optó por no contestar, el 1,33% eligen galletas, el 11,50% pan, el 3,98% frutas, 0,88 cereales, como así también 0,88% ninguno de los anteriores, el 26,55 optaron por todas las opciones. Asimismo, el 11,06% elige pan y galletas, el 7,08 pan, frutas y cereales; 4,42 galletas, frutas y cereales; el 7,52 pan y frutas; 0,44 cereales y otros, el 6,19 galletas, pan y fruta; 0,88 galletas y frutas; el 11,95 incluyen a su dieta pan, cereales y otros.

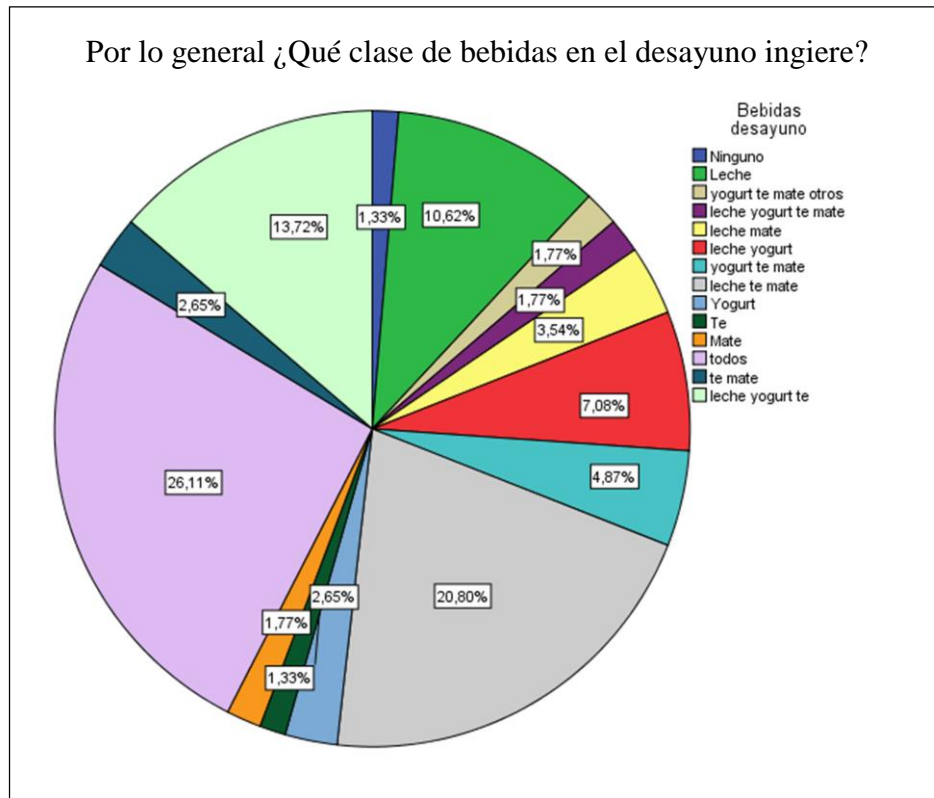


Gráfico 5.c. Clases de bebidas que acompañan el desayuno en la casa de los estudiantes.

El gráfico muestra que el 4,87% de los encuestados no eligió ninguna opción, el 10,62% elige la leche; el 1,77% yogur, té, mate y otros; el mismo porcentaje para los que optan leche, yogurt, té mate; el 3,54% leche, mate; el 7,08% leche y yogurt; el 4,87% yogurt, té, mate; el 20,80% leche, té, mate; el 2,65% solo yogurt; el 1,33% té; el 1,77% mate; el 26,11% eligieron todas las opciones; el 2,65% té y mate; el 13,72% eligieron opciones como leche, yogurt y té.



Gráfico 5.d. Comportamiento en el desayuno o merienda que ofrece la institución escolar.

El gráfico muestra que el 83,63% desayuna o merienda en la escuela, el 0,88 no lo hace, el 7,96 lo hace a veces y el 7,52 optó por no contestar.

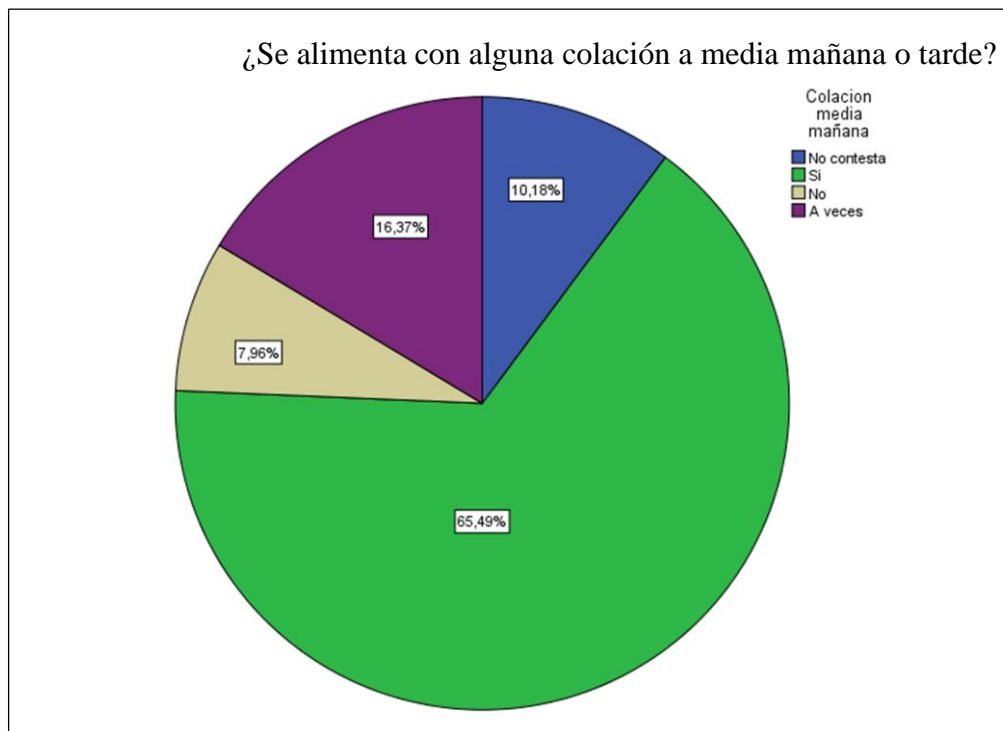


Gráfico 5.e. Hábito de incorporar a la dieta diaria alguna colación

El 10,08 no contestó la encuesta, el 65,49% si incorporó a su dieta diaria una colación a media mañana/tarde, el 7,96 no lo hizo, y el 16,37 lo hace a veces.

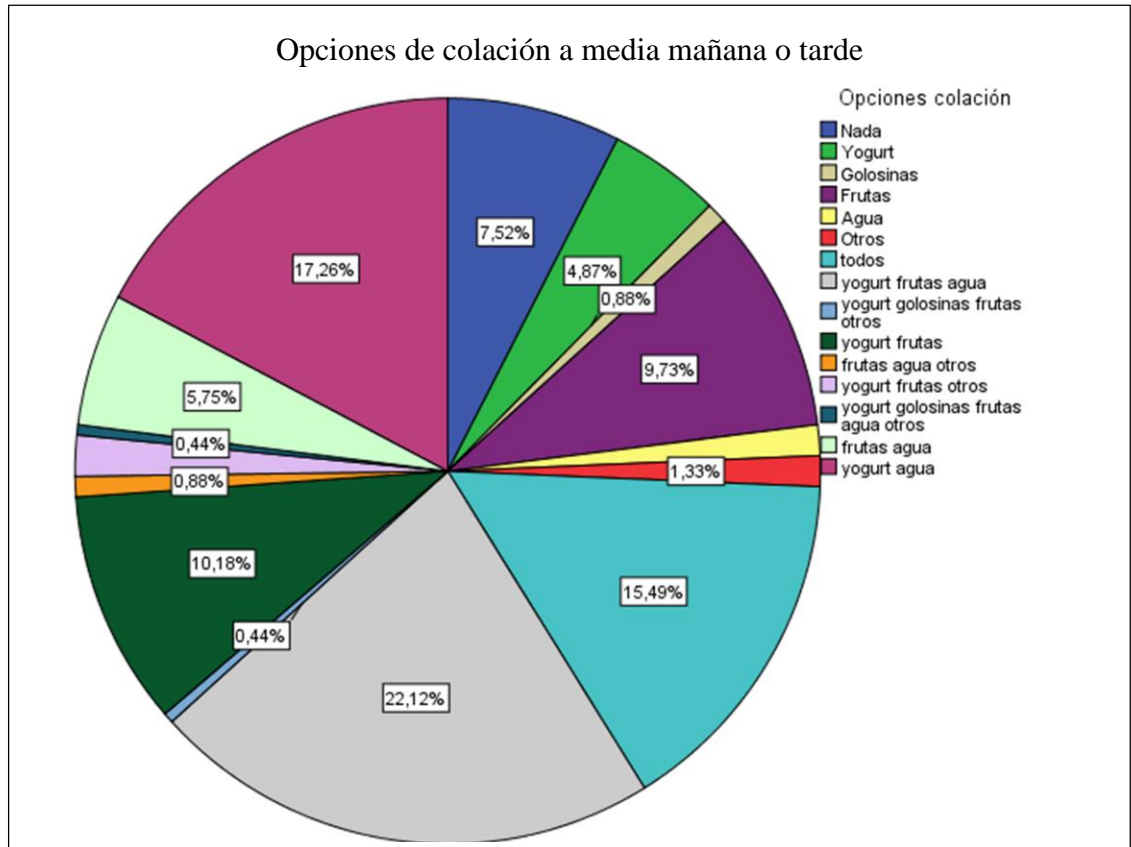


Gráfico 5.f. Opciones de colación de media mañana y media tarde.

El 7,2% no consume nada como colación, el 4,37 consume yogurt; el 0,88 golosinas; el 9,73 con frutas, el 1,33 agua; 1,33 otros; el 15,49% consume todas las anteriores; el 22, 12% yogurt, frutas y agua; el 0,44 yogurt, golosinas, frutas y otros; el 10,18 consume yogurt, golosinas, frutas, agua y otros; el 0,88 incluye frutas, agua y otros, el 0,44 yogurt frutas, otros; como también el mismo porcentaje se inclina por elegir yogurt, golosinas frutas, agua y otros; el 5,75 solo consumen frutas y agua; el 17,26% yogurt y agua.

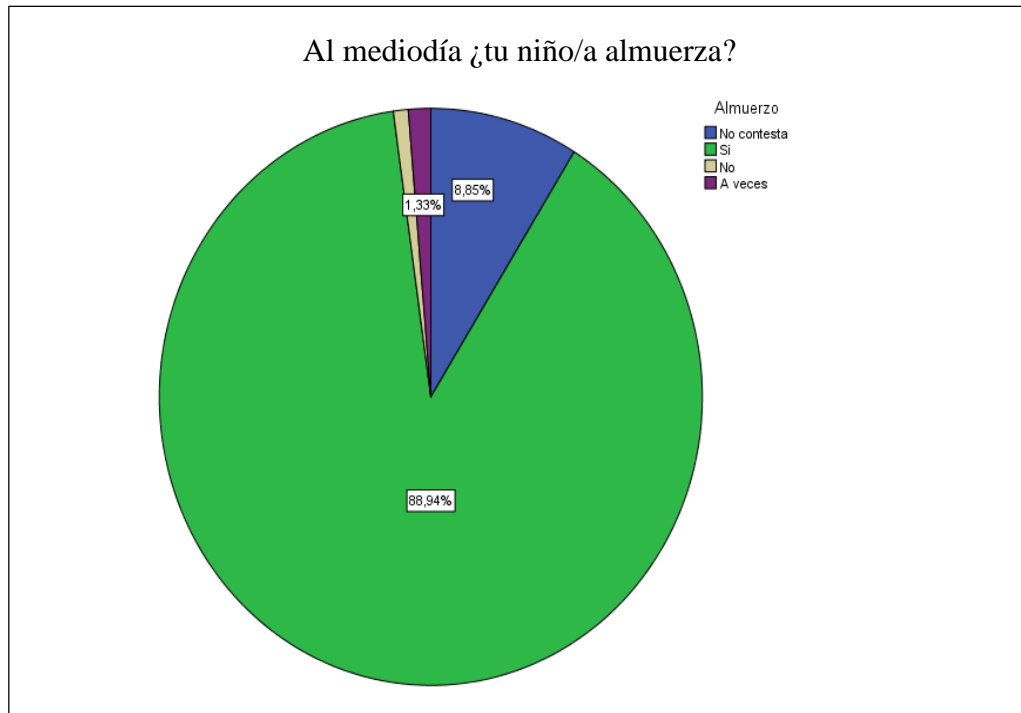


Gráfico 5.g. Comportamiento en el almuerzo del niño/a

El gráfico 5.g. muestra que el 88,94 de los/as niños/as si lo hacen, el 1,33% no lo hace o lo hace a veces y el 8,85 no contesto la pregunta.

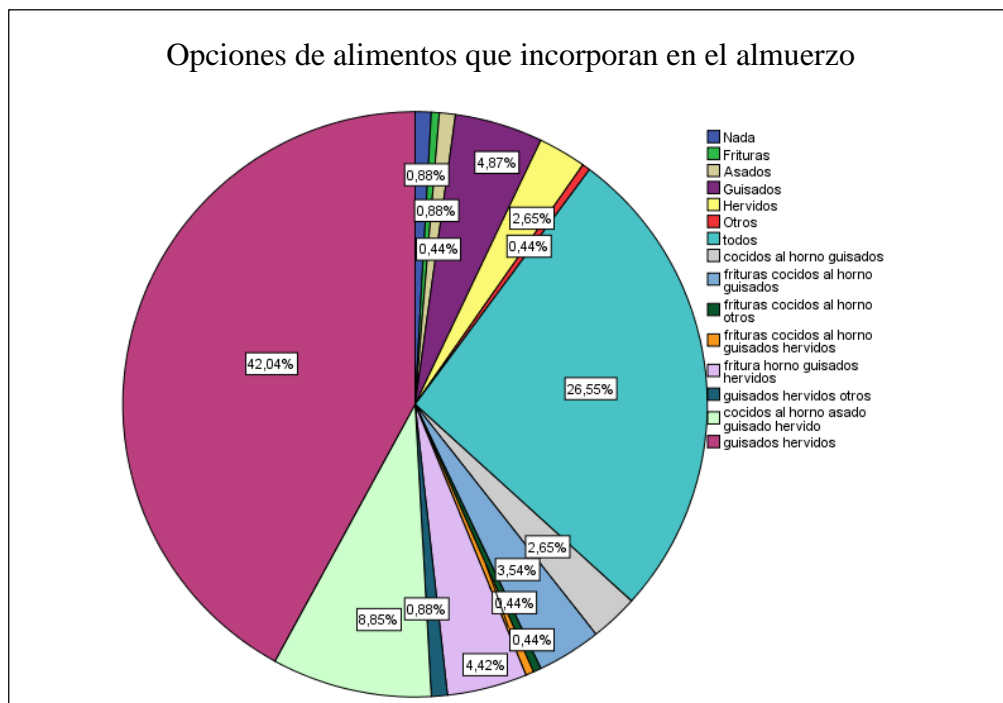


Gráfico 5.h. Alimentos que incorporan los estudiantes el momento del almuerzo.

El 0,44% consumen frituras, 0,88 comidas asadas, el 4,87% guisados, el 2,65% alimentos hervidos; el 0,44 optaron por otros, el 26,55 eligieron todas las opciones anteriores, el 2,65% cocidos al horno y los guisados; el 3,54 eligen frituras, cocidos al horno y guisados; el 0,44% opciones como frituras cocidos al horno, otros, como también frituras cocidos al horno, guisados y hervidos. Asimismo 4,42 se inclinan por frituras, cocidos al horno, guisados y hervidos; el 0,88 por guisados hervidos, otros; el 8,85 por alimentos cocidos al horno, asados, guisados y hervidos y el 42,04% optan por alimentos guisados y hervidos.

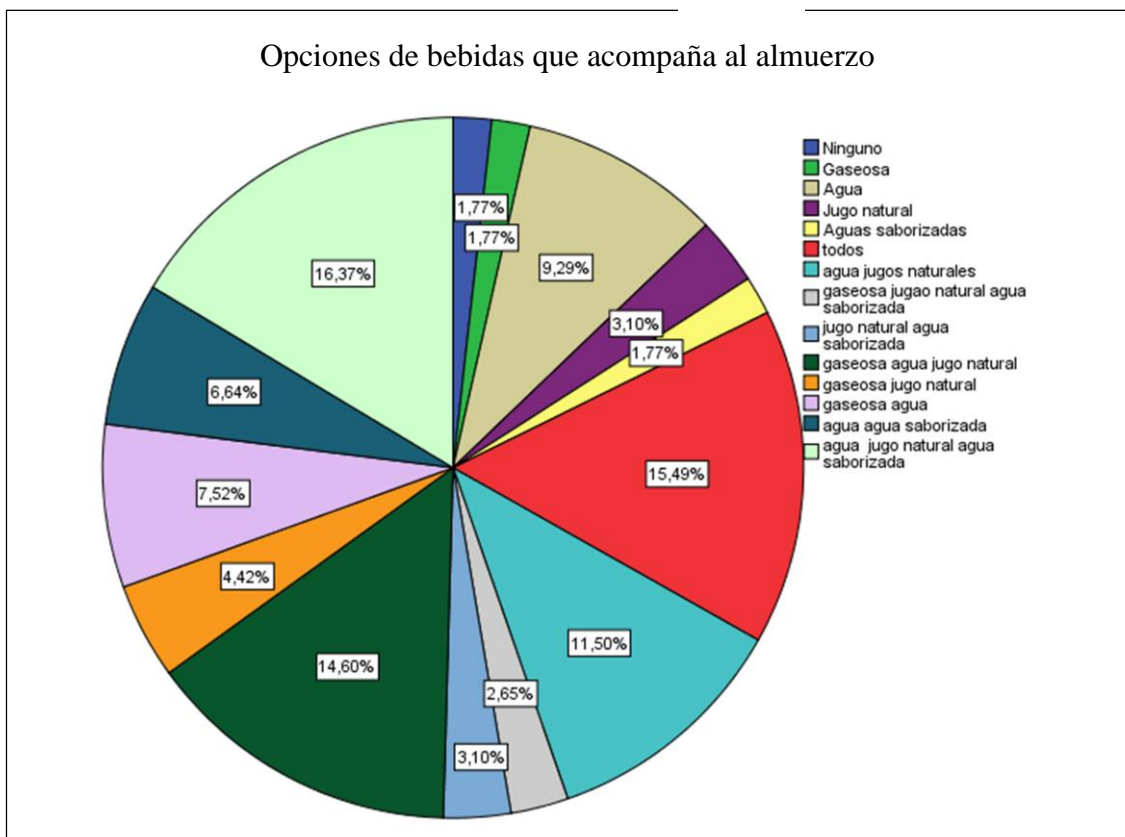


Gráfico 5.i. Comportamiento de elección de bebidas que acompañan al almuerzo.

El grafico 5.i. detalla que el 1,77% no eligen ninguna opción, o gaseosa; el 9,29 agua; el 3,10 jugo natural, el 1,77 aguas saborizadas; el 15,49 todas las anteriores; el 11,50 agua y jugos naturales; el 2,65% elige entre gaseosa, jugo natural y agua saborizada; el 3,10 jugo natural y agua saborizada; el 14,60% opta por gaseosa agua y jugo natural; el 4,42 gaseosa y jugo natural; el 7,52 gaseosa y agua; 6,64agua y agua saborizada, el 16,37% opta por agua, jugo natural y agua saborizada.

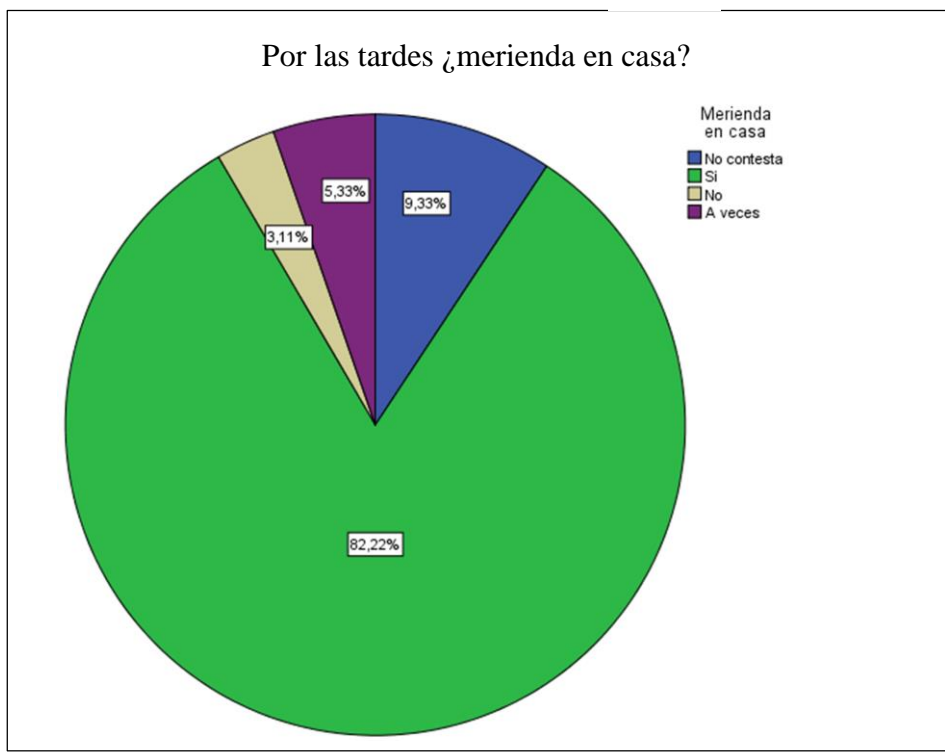


Gráfico 5.j. comportamiento en el momento de la merienda en casa de los estudiantes
 El 9,33 no contesta, el 82,22% tiene el hábito e merendar en casa; el 3,11 no lo hace; el 5,33% lo hace a veces.

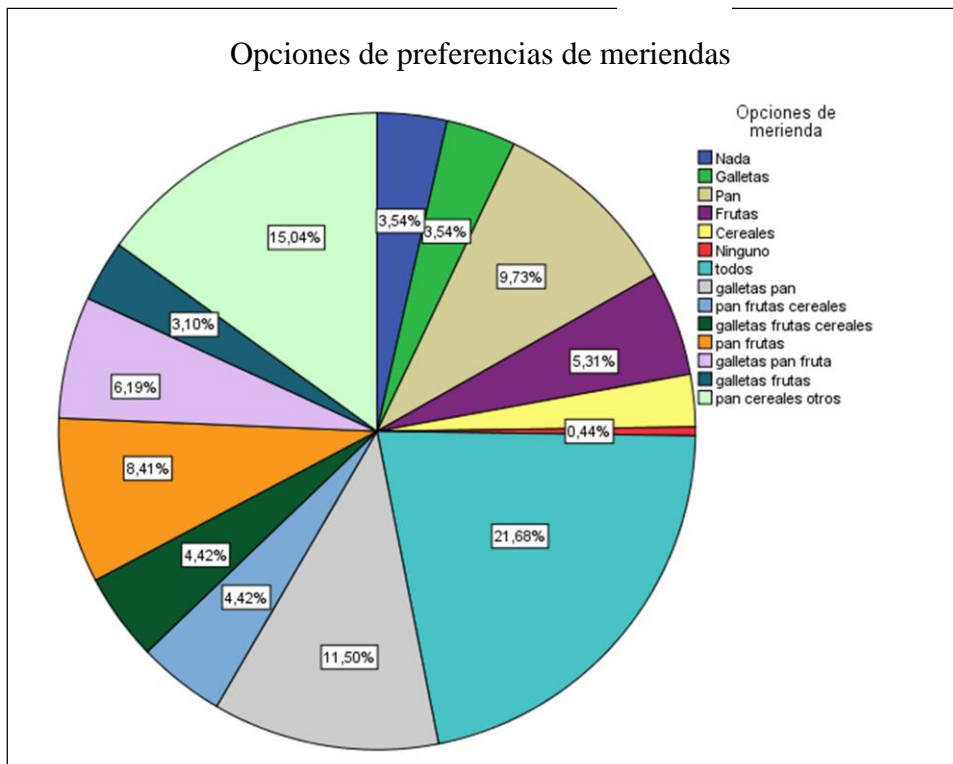


Gráfico 5.k. Comportamiento de elección de las opciones de merienda

El 3,54% no desayuna, el 3,54 eligen galletas, el 9,73 elige el pan, el 5,31% frutas, el 2,65% cereales, el 0,44% no opta ninguna opción, el 21,68 eligen las opciones anteriores; el 11,50 galletas y pan; el 4,42 todos; el 4,42% galletas, frutas y cereales; el 8,41 pan y frutas; el 6,19 galletas, pan y frutas; el 3,10% galletas y frutas; el 15,04% galletas, cereales y otros.

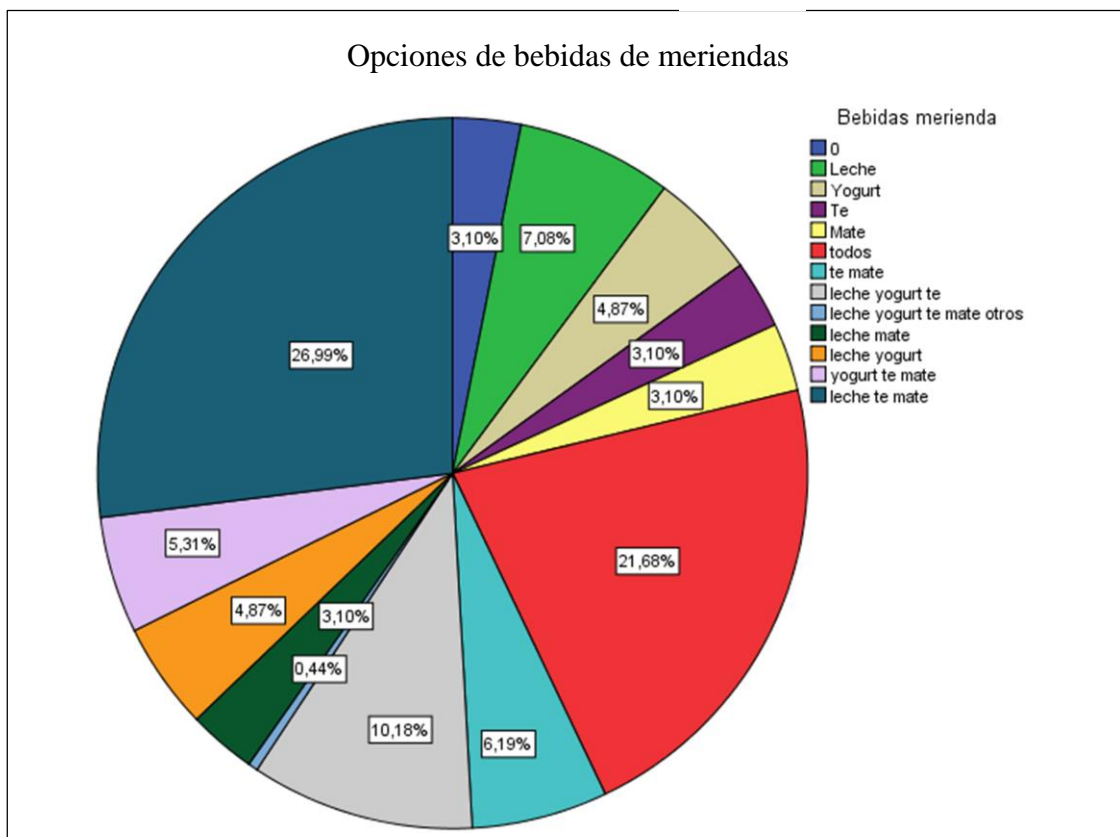


Gráfico 5.1. Comportamiento de elección de bebidas que acompañan a la merienda.

El gráfico refleja que el 3,10% no eligió ninguna opción, el 7,08 consume leche, el 4,87 yogurt, el 3,10 té, el mismo porcentaje también optó por el mate, el 21,68 por todas las opciones anteriores; el 6,19 té y mate; el 10,18 leche yogurt y te; el 0,44% leche yogurt te mate y otros; el 3,10% leche, mate, el 4,87 leche y yogurt, el 5,31% yogurt, te y mate; 26,99 leche, te y mate.

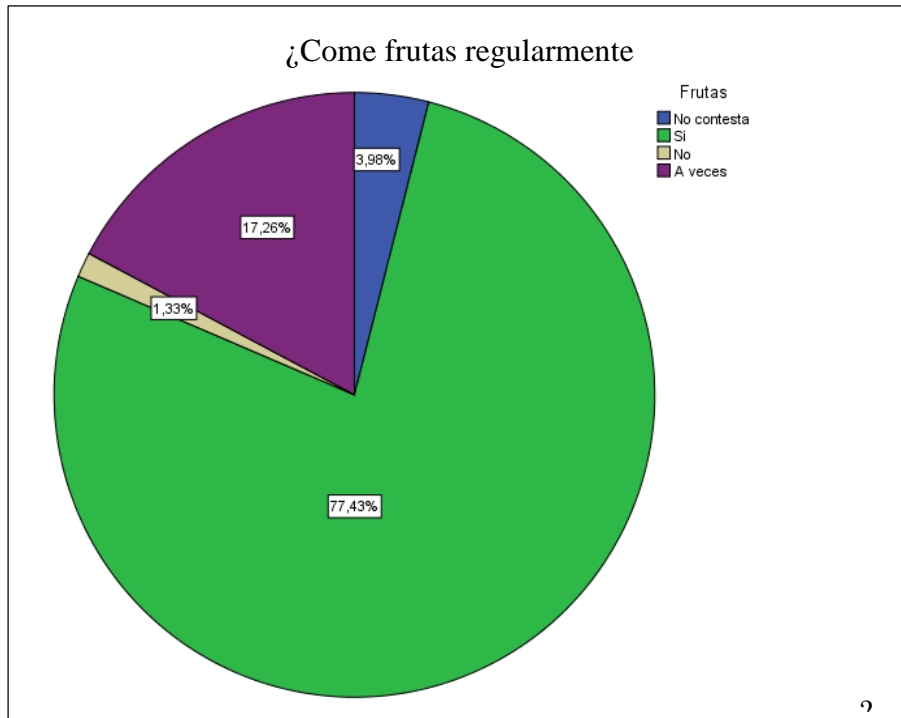


Grafico 5.II. Comportamiento en relación al consumo de frutas de los estudiantes.

El 3,98% no contestó ninguna opción, el 77,43 consume frutas, el 1,33 no lo hace y el 17,26 lo hace a veces.

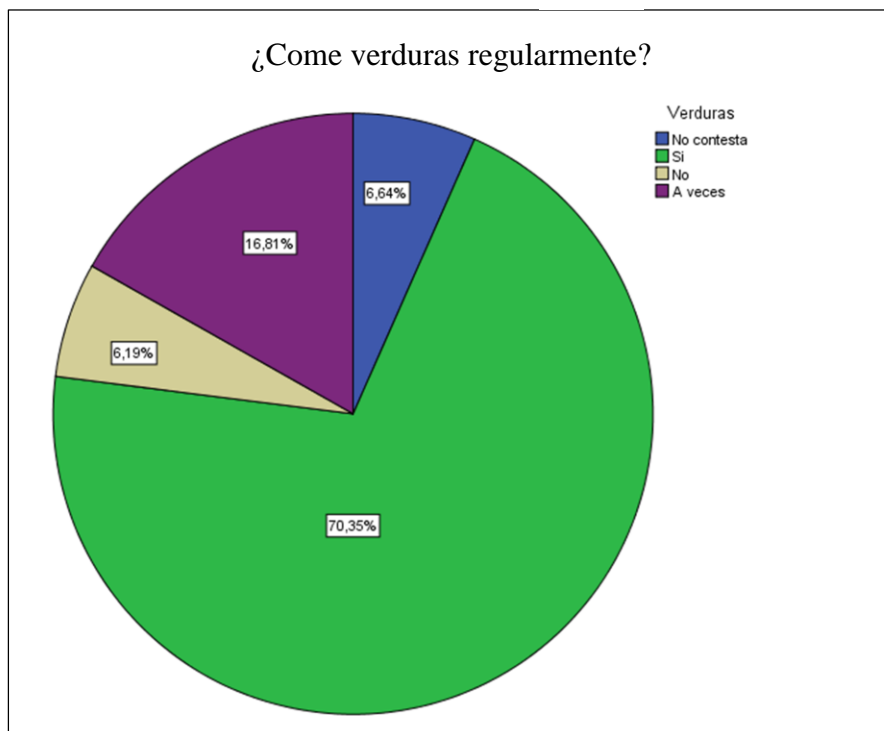


Grafico 5.m. Comportamiento en relación al consumo de frutas de los estudiantes.

El 6,64 % no contestó ninguna opción, el 70,35 consume verduras, el 6,19% no lo hace y el 16,81 lo hace a veces.

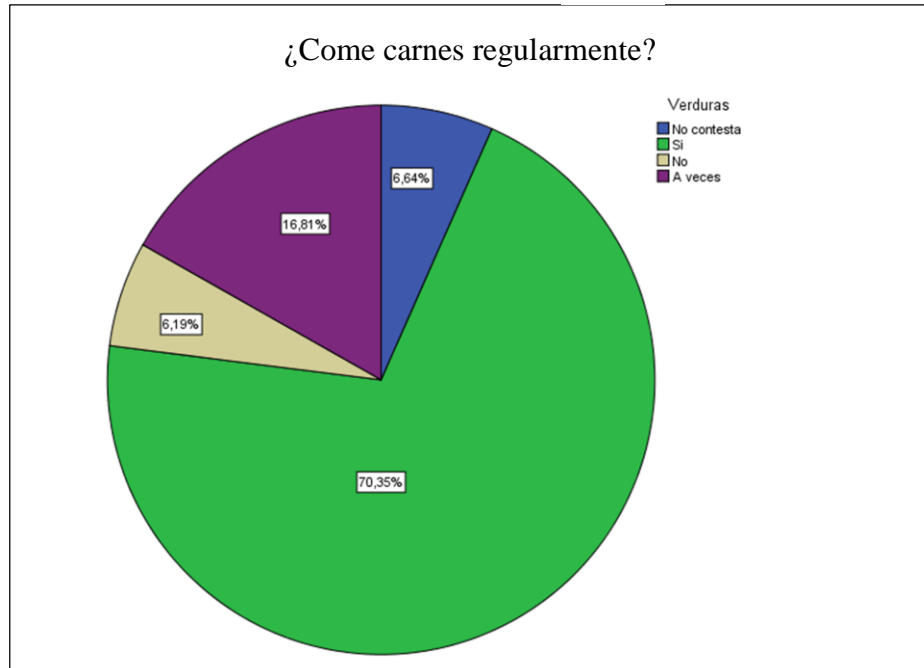


Grafico 5.n. Comportamiento en relación al consumo de carnes de los estudiantes.

El 5,31% no contestó ninguna opción, el 81,42 consume carnes, el 3,98% no lo hace y el 9,29% lo hace a veces.

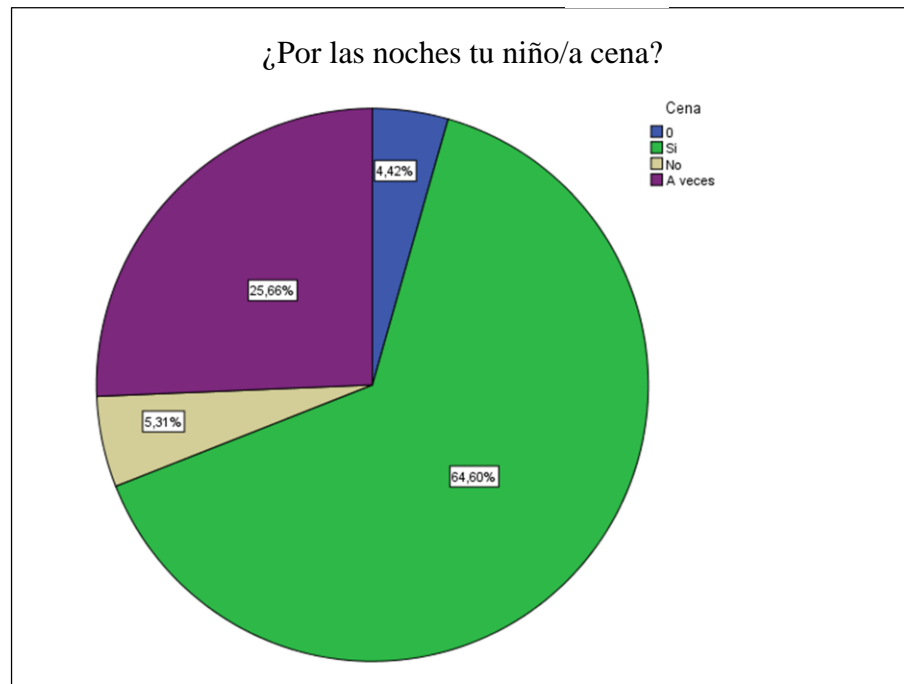


Grafico 5.ñ. Comportamiento en relación al consumo de la cena de los estudiantes.

El gráfico 5.ñ. muestra que el 4,42 % no contestó ninguna opción, el 64,60 cena, el 5,31% no lo hace y el 25,66% lo hace a veces.

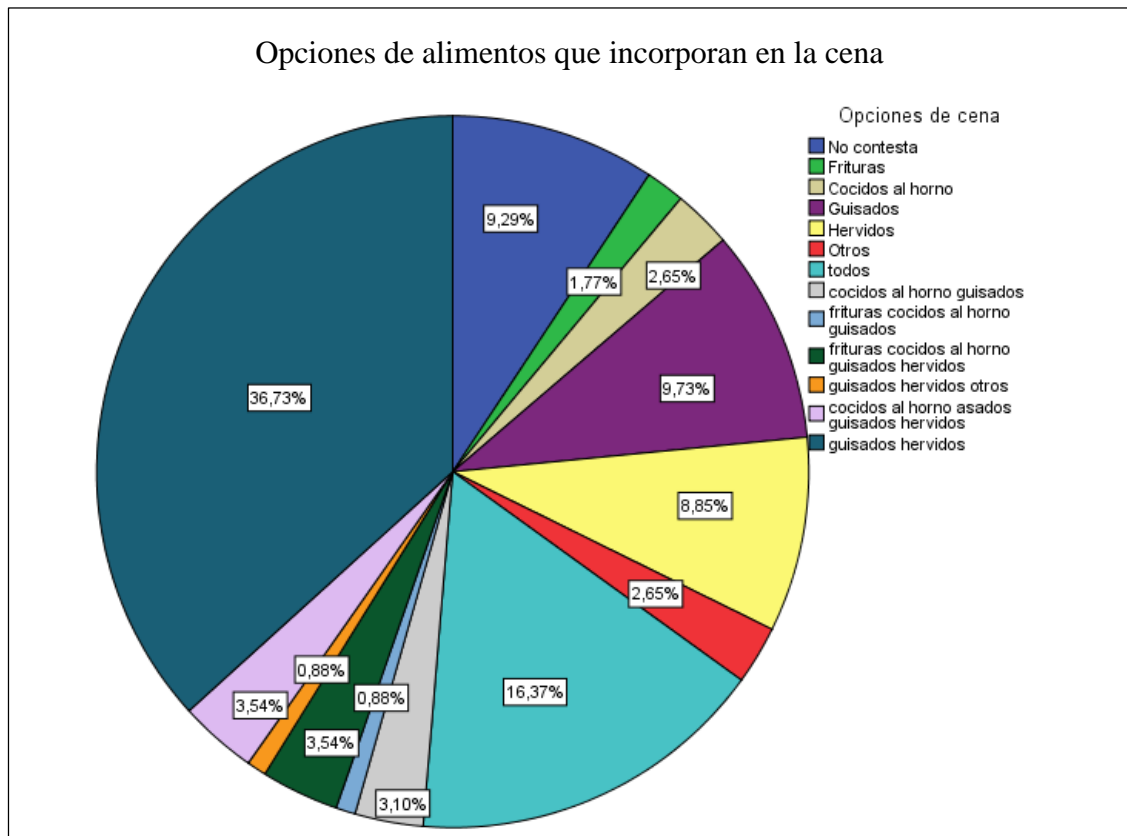


Gráfico 5.o. Alimentos que incorporan los estudiantes el momento de la cena.

El 1,77% consumen frituras, el 2,65% cocidos al horno, el 2,65% cocidos al horno; el 9,73 guisados; el 8,85% hervidos, el 2,65 otros, el 16,37% todas las opciones anteriores, el 3,10 cocidos al horno y guisados; el 0,88% frituras, cocidos al horno y guisados; el 3,54 frituras, cocidos al horno, guisados, hervidos; 0,88 guisados, hervidos, otros; 3,54cocidos al horno, asados, guisados, hervidos; y el 36,73% guisados y hervidos.

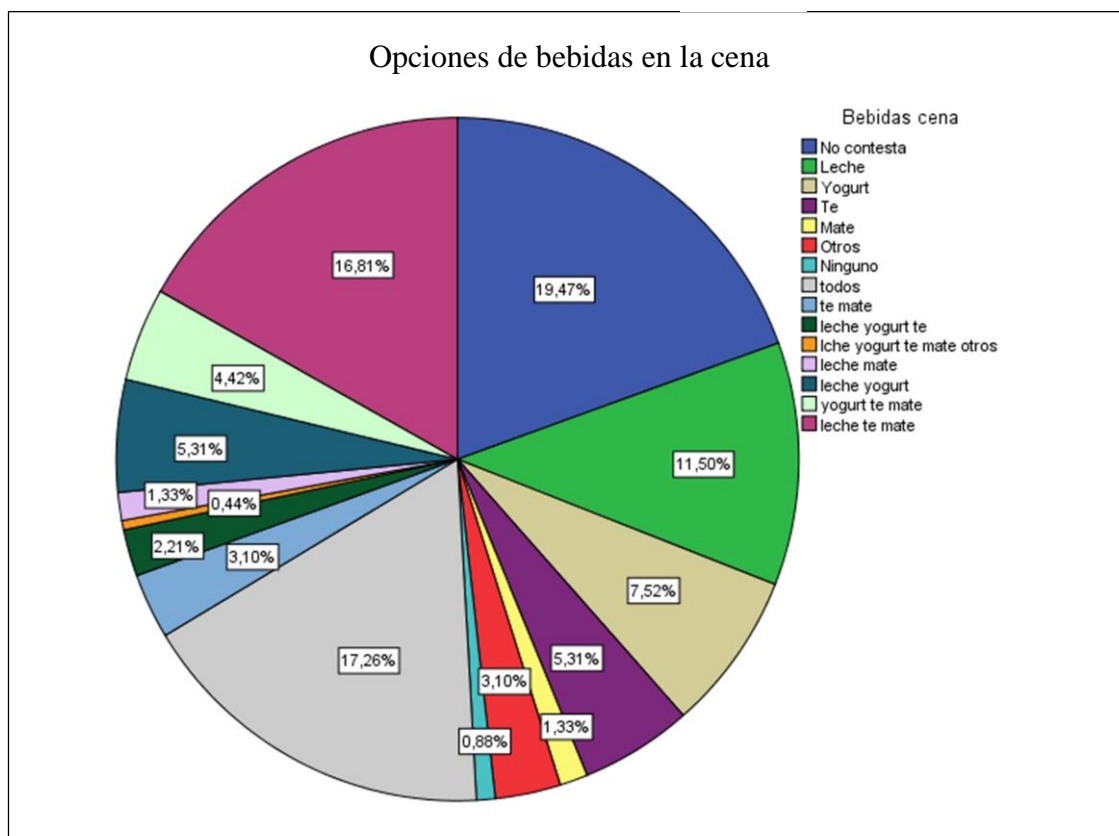


Gráfico 5.p. Comportamiento de elección de bebidas que eligen para la cena.

El comportamiento de los estudiantes del grafico 5.p. expone el 19,47% no contesto; el 11,50 elige leche; el 7,52 yogurt; el 5,31 te; el 1,33% mate; el 3,10 otros; el 0,88% ninguna de las opciones; el 17,26 todas; el 3,10 te, mate; el 2,21 leche, yogurt, te; el 0,44% leche, yogurt, te mate y otros; 1,33 leche, mate, 5,31 leche y yogurt; 4,42 yogurt, te y mate; y el 16,81% leche, te y mate.

CONCLUSION

Teniendo en cuenta los resultados arrojados en el trabajo de investigación, el cual se planteó caracterizar el estado nutricional y su vínculo con la promoción de hábitos alimentarios saludables; como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables en la población escolar, de las salas de 3, 4 y 5 años, que concurrieron al JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca durante el ciclo lectivo 2019 se llegaron a estas aproximaciones.

Se pudo acceder a la información de datos de la totalidad de la población escolar. Los aspectos de talla y peso de la población en estudio demostraron que el mayor porcentaje obtenido con respecto al estado nutricional de los escolares los resultados expusieron que el 77,01% de los escolares se ubicaron en la categoría NOR; el 7,20% DEL; el 13,57% fue con SP y el 2,22% se clasificó con OB. Es así que la mayoría de los niños/as nutricionalmente se encuentran en la categoría de peso normal según su IMC. Por otro lado, las distintas categorías en las tres escuelas fueron variando una de la otra. Dado que la evaluación nutricional muestra que en la categoría de DEL refleja que en la escuela N°86 es el 8,76%, en la escuela Normal el 10,68% y en la escuela N°440 es del 3,08; entonces el mayor grado de niños/as cuyo estado nutricional es DEL se encuentra en la escuela Normal.

Por su parte en la categoría NOR la escuela N°86 es del 75,91%, en la escuela Normal el 76,60 y en la escuela N°440 es del 78,46%, en cuanto a esta categoría el mayor porcentaje se encuentra en la escuela N°440.

Con respecto al SP en la escuela N°86 es el 10,95%, en la escuela Normal el 11,70% y en la escuela N°440 es del 17,69%, el mayor porcentaje se encuentra en ésta última escuela que es la única que cuenta comedor escolar.

En cuanto a la OB la escuela N°86 cuenta con el 4,38%, en la escuela Normal el 1,06% y en la escuela N°440 es del 0,77%, por su lado la escuela N°86 tiene un mayor porcentaje.

En lo que se refiere los hábitos alimentarios se hizo un relevamiento de 256 encuestados de un total de 361 estudiantes representando el 70,91% de datos relevados. en la encuesta se indagó sobre los hábitos alimenticios en las distintas comidas diarias, comenzando con el

desayuno, la mayoría de la población escolar desayuna en casa antes de ingresar a la institución escolar, el 3,1% no lo hace y llamativamente el 9,73% lo hace a veces.

Los resultados obtenidos con respecto a qué clase de alimentos ingiere en el desayuno se presentan muchas variedades de respuestas y combinaciones en cuanto a sus elecciones. Si hay un alto porcentaje en la elección del pan, lo van variando con frutas, cereales o galletas y en cuanto a las bebidas que acompañan o complementan en un mayor porcentaje se presenta la leche, el té y el mate; la leche se encuentra en mayor cantidad de elecciones.

En cuanto, al desayuno o merienda que ofrece la institución escolar un gran porcentaje lo consume, el 7,56% a veces, un bajo porcentaje como el 0,88% no, y el 7,52% no contestó porque desconoce si su niño/a desayuna o merienda en el jardín.

Se indagó también sobre si incorporaron alguna colación a media mañana o tarde, la mayoría lo hace, dado que más de la mitad de los encuestados respondió de forma afirmativa (65,49%), en mucho menor medida no lo hacen (7,96%), hay un grupo de mayor porcentaje (16,37%) que lo hace a veces. En cuanto a las opciones que se presentaron sobre la colación el yogurt se presenta como elegido en reiteradas oportunidades, también las frutas alcanzan un importante porcentaje.

Con respecto al almuerzo los resultados reflejan que la mayoría de los estudiantes lo hacen y en muy bajo porcentaje no o lo hacen a veces (1,33%), es importante recalcar que hay niños/as que omiten esta comida del día. En cuanto a los alimentos que incorporan casi la mitad de los encuestados (42,04%) consumen comidas guisadas y hervidas, y en segundo lugar con mayor porcentaje optaron por elegir todas las opciones (frituras, comidas asadas, guisadas y hervidas). Las opciones de bebidas que eligen para acompañar al almuerzo por lo general el mayor porcentaje eligió opciones como agua, jugo natural, agua saborizada; el agua es el factor común en la mayoría de las respuestas obtenidas.

La merienda es también la comida del día en que la mayoría de los niños no omiten, sin embargo, hay estudiantes que no lo hacen (3,11%) y otros lo hacen a veces (5,33%). Los que lo hacen, eligen alimentos como galletas, pan frutas y cereales, hay un porcentaje importante que

solo eligen pan y galletas. En cuanto a las bebidas que acompañan la merienda la mayoría se inclina por la leche el té y el mate.

Se realizaron preguntas si el consumo de frutas, carnes y verduras son consumidas de forma regular más del 70% de los encuestados respondió de forma afirmativa.

En cuanto a la cena más de la mitad (64,60 %) tiene el hábito de respetar esta comida, sin embargo, un porcentaje no menos importante (25,66 %) lo hace a veces; y también hay niños/as que no lo hacen. En ésta comida del día también prevalece los guisados y hervidos, como en el almuerzo, en cuanto a las bebidas que acompañan o reemplazan la comida de la cena en un mayor porcentaje es a leche, el té y el mate.

Con los resultados expuestos hasta aquí, se observa que los datos varían de una institución a otra reflejando así las diferencias de las realidades respondiendo a un mismo grupo etario. Asimismo, con respecto a las diferentes comidas del día, los resultados reflejan que la mayoría de los estudiantes completan las cuatro comidas diarias, también otro grupo que no lo hace. Resultando así que los tipos de alimentos, bebidas y cantidad de comidas al día se relaciona con los factores, económicos, sociales y culturales. Estos factores tienen una marcada incidencia en la variabilidad de las personas como así también las condiciones ambientales las cuales se evidencian en los patrones alimentarios de la población en estudio, lo que refleja sus estilos de vida.

La alimentación es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporcionan alimentos al organismo. Abarca la selección de alimentos, su cocinado y su ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación socioeconómica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc. Los alimentos aportan sustancias que denominamos nutrientes, que necesitamos para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades.

Por su parte la nutrición es la ciencia que comprende todos aquellos procesos mediante los cuales el organismo incorpora, transforma y utiliza, las sustancias químicas (nutrientes) contenidas en los alimentos. El cuerpo humano necesita los nutrientes para llevar a cabo distintas funciones

Es por ello que sería interesante profundizar este estudio teniendo en cuenta otros criterios como el sedentarismo, o las actividades físicas que realizan os/as niños/as, que ayuden a complementar la información hasta ahora recolectada. La promoción de estilos de vida saludables en la población a inicios de la vida podría reducir las posibilidades de sufrir enfermedades no transmisibles a mediano y largo plazo.

Este panorama puede servir como puntapié inicial para tener una mayor conciencia colectiva, articulando trabajos en red dentro y fuera del sector salud.

La promoción de la salud es una estrategia óptima para enfrentar los problemas que nos presenta la epidemia de la obesidad. Este documento se inscribe adhiere a los lineamientos de la “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” y a la “Declaración Buenos Aires 30-15: de Alma Ata a la Declaración del milenio”, por entender que el problema de la obesidad demanda otros requisitos, incluir a la comunidad, la promoción de estilos de vida saludables y acciones que consideren la complejidad social con promoción de la salud, prevención y atención integral co el propósito de contribuir a mejorar la situación de niños/as y adolescentes con sobrepeso y obesidad.]

Como Educadores para la Salud, debemos reconocer a la salud como el resultado de un proceso, entenderla como producto de las condiciones sociales de existencia y de las condiciones singulares en la que se encuentra el sujeto. Este sujeto que se encuentra atravesando la etapa de la niñez, es dependiente de otro adulto, y como adultos involucrados en los hábitos alimenticios que promovemos. La promoción de la salud no es tarea fácil, ni simple, pero es un nivel de dificultad que nos enfrenta a retos con amplias posibilidades para la creatividad permanente, la intersectorial dad y las innovaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Almada, J. R. (2008). Prevalencia del sobrepeso y obesidad en alumnos de 4° grado de Educación General Básica (E.G.B) en diferentes situaciones socio-económicas de la Ciudad Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba.
- Arredondo, A. (1992). Análisis y reflexión sobre los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pública*. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art.
- Barrios, C., Henry, A.(2007). Estilo de Vida Saludable y Espiritualidad. Monografía s/p. Mérida, Venezuela. Op. Cit.
- Barry CL, Brescoll VL, Brownell K, Shlesinger M. (2009). Obesity metaphors: How beliefs about the causes of obesity affect support for public policy. *Milbank Q*; 87(1):7-47
- Bejarano IF, Dipierri J, Alfaro E, Quispe Y, Cabrera G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San salvador de Jujuy. *Arch Argent Pediatr*; 103(2): 101-9
- Bejarano, I., Dipierri, J., Alfaro, E., Quispe, Y., Cabrera, G. (2005). Evolución de la prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición en escolares de San Salvador de Jujuy. *Arch. argent. pediatr.* 103(2):40-51
- Bejarano, I., Dipierri, J.E., Alfaro, E., Fiorito, A., García, T., García, N., Kinderman, O. (1999). Estudio comparativo de talla y peso de escolares primarios jujeños. *Rev Argent Antropol Biol*; 2 (1):7-18. 13.
- Bergel, M.L., Cesani, M.F., Cordero, M.L., Navazo, B., Olmedo, S., Quintero, F., Sardi, M., Torres, M.F., Aréchiga, J., Méndez de Pérez, B., Marrodán, M.D. (2014). Valoración nutricional de escolares de tres países iberoamericanos: Análisis comparativo de las referencias propuestas por el International Obesity Task Force (IOTF) y la OMS.

- Bolzán, A., Mercer, R., Ruiz, V., Brawerman, J., Marx, J., Adrogué, G., Carioli, N., Corder, C. (2005). Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuna. *Arch. argent. pediatr*; 103(6):545-555.
- Borrel Bentz, M.R., (comp.). (2005). "Municipios Saludables. Portafolio Educativo". OPS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.
- Bourdieu, P. F. (1991). El sentido práctico. Editorial Taurus, Madrid.
- Bozkurt, S., Zayim, N., Gulkesen, K.H., Samur, M.K., Karağaoglu, N., Saka, O. (2011). Usability of a web-based personal nutrition management tool. *Inform Health Soc Care*, 36(4), 190-205.
- Butte, N.F., Garza, C.O. M. (2007). Evaluation of the feasibility of international growth standards for school-aged children and adolescents. *J Nutr*; 137 (1):153-7.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Disponible: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
- Ciencias psicosociales aplicadas II. Madrid, Síntesis
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M., Dietz, W.H. (2000) Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey *BMJ* 2000;320:1240-3.
- Cole, T.J., Flegal, K.M., Nicholls, D., Jackson, A.A. (2007). Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *Br Med J*. 2007;335: 194
- Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo. (2001). Guías para la evaluación del crecimiento. *Sociedad Argentina de Pediatría*. 2da edición. Buenos Aires.
- Contento, I. (2007). Nutrition Education: linking research, theory, and practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publisher

- Copello, M.G., Perés, V. (Ed.). (1988). *Educación para la salud* Editorial Estrada. Buenos Aires.
- Coromoto, M., Nava, B. (2008). Evaluación nutricional-antropométrica, Hábitos Alimentarios y Actividad Física en preescolares. Trabajo de grado presentado en la Universidad Simón Bolívar.
- Dipierri, J.E., Bejarano, I., Spione, C., Etchenique, M.C., Macias, G., Alfaro, E. (1996). Variación de la talla en escolares de 6 a 9 años de edad en la provincia de Jujuy. *Arch. argent. pediatr*; 94:369-375. 11.
- Duran, P. (2005). Transición Epidemiológica nutricional o “efecto mariposa”. *Arch. Argent, Pediatr*. 103 (3:195-7).
- Erben, R., Franzkowiak, P., Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science and Medicine*. 35(4):359-65.
- Gardner, G., Halweil, B. (2000). Hunger, escaping excess. *World Watch* 13:25-35.
- Gómez, J.R., Jurado, M.I., Viana, B.H., Da Silva, M.E., Hernández, A. (2009). Estilos y calidad de vida. *EF y Deportes*. 5(1):19-26.
- Guerrero Montoya, L.R., León Salazar, A.R. (2010). Estilo de vida y salud. *Educere*, 14(48):13-19.
- Guevara, M. C., Zalazar, B. E. (2012). Proyecto de investigación: características alimentarias de niños con sobrepeso y obesidad del barrio la merced de la Ciudad de San Pedro de Jujuy. Universidad Nacional de Córdoba.
- Hernández, R.A., Guillen Pérez, A., Mogollón Herrera, H. A., Hernández de Valera, Y. (2007). Estado nutricional de niños en colegios privados y en zonas suburbanas de los

Municipios Baruta y el Hatillo de Caracas. *Anales Venezolanos de Nutrición*; 20(2):65-70.

Iberoamericana de Educación, 44:101-131.

Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.

Kickbusch, I. (1996). *Promoción de la salud: una perspectiva mundial*. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica No. 557. Washington, D.C.: OPS.

Lasker, G. (1994). *The place of anthropometry in human biology*. En: Ulijaszek SJ, Mascie-Taylor CGN. *Anthropometry: the individual and the population*. Cambridge: *Studies in Biological Anthropology*; 14:1-6. 4.

Linetskya B, Morello P, Virgolinia M, Ferrante D. (2011). *Resultados de la Primera encuesta Nacional de Salud Escolar Argentina Arch Arget Pediatr*; 109 (2):111-6

Lobstein T.(2010) *Prevalence and trends in childhood obesity*. En: Crawford D, Robert WJ, Ball K, BRug J. (edt) *Obesity Epidemiology: from Aetiology to Public Helth* 2da ed. Oxford University Press.

Macías, A.I.M., Gordillo, L.G. S., Camacho, E.J. (2012). “*Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud*”. Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

Meléndez, J.M., Cañez, G.M., Frías, H. (2010). *Comportamiento alimentario y obesidad infantil en Sonora, México. Soc. Mex. Ped.* 5(1):19-29.

Meyer, E., Carrillo, R., Román, E.M., Bejarano, I., Alfaro, E.L., Dipierri, J.E. (2013). *Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. Arch. argent. pediatr.* 111(6):19-27.

- Meyer, E., Carrillo, R., Román, E.M., Bejarano, I., Alfaro, E.L., Dipierri, J. (2013). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares jujeños de diferente nivel altitudinal según las referencias IOTF, CDC y OMS. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2013.516>.
- Ministerio de Educación de Argentina. (2009). Proyecto de Educación Alimentaria y Nutricional (PAC/FAO). Proyecto Tcp/Arg/3101 (T). Educación Alimentaria y Nutricional en las Escuelas de Educación General Básica/Primaria.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011). Segunda Encuesta Nacional de factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles. Cap.6 pág. 64. Primera Edición. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud. Evaluación de los estados nutricionales de niñas, niños y embarazados mediante antropometría. Buenos Aire: Ministerio de Salud, 2009
- Montero J.(2012). Consideraciones acerca de la obesidad, la sobrealimentación humana y sus orígenes. En Uauyr, Carmuega E (editores): Crecimiento saludable. Entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur Buenos Aires: INTA, CESNI y el Instituto Danone, Cap 12.
- Moreiras, O., Cuadrado, C. (2001). Hábitos alimentarios. Tojo, Barcelona.
- OMS, (2015). Alimentación Sana. Nota descriptiva N° 394. Publicación de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza.
- OMS. (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57° Asamblea Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Glosario de Promoción de Salud, WHO/HPR/HEP/98.
- Organización Mundial de la Salud. (1999). Estilo de Vida. Glosario de Promoción de la Salud.
- Oyhenart, E., S. Dahinten, JA. Alba, E. Alfaro, I. Bejarano, G. Cabrera, J. Dipierri, L. Forte, D. Lomaglio, M. Torre, J. Verón, J. Zavatti (2008). Estado nutricional infanto juvenil en seis

- provincias de argentina: variación regional. *Revista Argentina de Antropología Biológica* 10(1):1-62.
- Padilla, I. S. (2011). Prevalencia de sobrepeso-obesidad y factores asociados con valor predictivo-preventivo en escolares de 6 a 11 años de Río Gallegos, Santa Cruz, Argentina. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 7(3):377-388.
- Pastor, Y. (1999). Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. España.
- Pastor, Y., Balaguer, I., García, M.M. (1998). Una revisión sobre las variables de estilos de vida saludables. *Revista de Psicología de la salud*. 10(1):15-52.
- Pender, N.J. (Oct 2000). Conferencia Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. Modelo de Promoción de la Salud.
- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.
- Popkin B. Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable dis-eases. *Am J Clin Nutr* 2006; 84:289-98
- Reyes, L. (2007). La teoría de acción razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. Universidad pedagógica de Durango [serie en línea]. [citado 2009 Jul 24]. Disponible en: http://www.google.com.co/search?hl=es&rlz=1C1CHNG_esCO326CO326&ei=LdBpSu7iK82ltgeD1bC.
- Rodríguez, MJ; García Hurtado, J. (1995). Estilo de vida y salud. En: Latorre, JM, editor.
- Ronald, L., David, S., Fran, B., Nikki, S., Corinne, P., Roman, V. (2009). Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 8(16):14:15.

Sebastiani, R.W., Pelicioni, M.C., Chiattoni, H.B. (2003). La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-111-1-la-psicologia-de-la-salud-latinoamericana-hacia-la-promoción.html>

Torre de la S., Tejada, J. (2007). Estilos de Vida y Aprendizaje Universitario. *Revista*

U.S. Department of Health and Human Services. (1996): "Physical Activity and Health: report of the surgeon general." Atlanta, GA: U.S Department of health Services, Center for Disease, Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.

University of Twente. (2004). Theory of planned behavior/ Reasoned action. The Netherlands Europe [serie en línea]. Disponible en: https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/Theory%20Clusters/Interpersonal%20Communication%20and%20Relations/theory_planned_behavior/

Villalbí, J. R. (2009). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Rev. Esp. Salud Pública* 75(6):489-490.

Wang Y, Lobstein T. (2015). Obesidad infantil y adolescente: parte de un panorama más amplio. Weinstein, (1978), Pág. 49.

WHO. (1986). Life styles and Health. *Rv.Social Science and Medicine*, 22(2):117-124.

WHO. (1998). Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Ginebra.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

“NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN. PROMOCIÓN
DE LA SALUD COMO FOMENTO DE HÁBITOS DE
VIDA SALUDABLES EN EL JIN N°11 DE LA
CIUDAD DE LA QUIACA”

TESISTA

TOLABA, NAHIR ALEJANDRA

L.U. E-1985

AÑO 2021

Título: “Nutrición y alimentación. Promoción de la salud como fomento de hábitos de vida saludables, en el JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca”

Institución beneficiaria: JIN°11- Escuela Normal, N°85 Hipólito Yrigoyen, N°440 Batalla de Quera.

Población destinataria: Comunidad educativa. Escolares. Padres o tutores, docentes y no docentes.

Duración: 6 meses aproximadamente

Recursos humanos:

- Educador para la salud
- Participación de docentes
- Participación de no docentes
- Asesoramiento de una licenciada en nutrición.

Responsable:

E.S Tolaba Nahir Alejandra

INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable permitirá “ que nuestro cuerpo funcione con normalidad que cubra nuestras necesidades biológicas básicas) y ayudar a prevenir o al menos reducir el riesgo de padecer ciertas alteraciones o enfermedades a corto, mediano y largo plazo” (FAO, 2009:17).

Cuando la alimentación de los niños no es adecuada, puede afectar su desarrollo y crecimiento, condicionando “la aparición de hipertensión arterial, aumento del colesterol, diabetes, sobrepeso, obesidad a través de una ingesta elevada de sodio, grasas saturadas e hidratos de carbono y a través de una ingesta insuficiente de frutas, verduras y de otros alimentos ricos en fibras y grasas polinsaturadas” (Ministerio de Salud de la Nación, 2014:31).

Desde el punto de vista la educación para la salud surge la necesidad de proporcionar a las personas los medios necesarios para mejorar la salud, a través de la modificación de conductas de riesgo. En la 36° Asamblea mundial de la Salud se definió a la educación para la salud como cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que las personas sepan cómo alcanzar niveles de salud óptimos y busquen ayuda cuando lo necesiten (Perea y Bouche, 2004).

Teniendo en cuenta esta información y la investigación que se realizó en el JIN N°11, se considera necesario promover una educación alimentaria en el ambiente escolar, familiar y de la comunidad en general para que, a través de la sensibilización e información conozcan el impacto positivo que tiene para la salud.

Por ello se plantea el presente proyecto de intervención. El cual pretende lograr que los niños construyan hábitos relacionados a una conducta alimentaria adecuada.

Se trabaja desde los lineamientos de la Educación para la Salud directamente los estudiantes, no docentes, docentes y los familiares de os mismos como un proceso de trabajo en común y participativo tratando de reducir los factores de riesgo y reforzando aquellos factores

protectores para prevenir enfermedades no transmisibles tales como la obesidad, diabetes, hipertensión, etc.

JUSTIFICACIÓN

La forma de aproximación a la realidad, implica la utilización con el mayor rigor posible la utilización de diferentes instrumentos que aportan las ciencias sociales con el fin de lograr la mayor objetividad posible con el propósito de describir, evaluar y explicar la situación problemática concreta, prediciendo su resultado probable en el tiempo.

Las prácticas profesionales en salud deben atender ésta problemática, tanto en los procesos de atención como en las acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, constituyéndose la educación alimentaria y nutricional en un eje fundamental en las estrategias de educación sanitaria.

Se integrará el enfoque antropológico y socio cultural, teniendo en cuenta que en la población subyacen creencias, saberes y actitudes, influencias ambientales y conocimientos que configuran hábitos alimentarios y practicas diversas que impactan en la salud. Luego de un largo período de limitaciones y aún hoy debiendo guardar las distancias dentro de la presencialidad, es fundamental potenciar las capacidades de los estudiantes sobre la temática.

Teniendo en cuenta que es difícil encontrar un estilo de vida saludable ideal; sin embargo, es posible mantener un estilo de vida saludable adecuado, tratando e mantener ciertos hábitos de vida que les permitan a las personas protegerse de desarrollar enfermedades crónicas y poseer las condiciones necesarias para lograr realizar actividades de la vida diaria sin la complicación física o mental que esta demande (Mendoza, 2000).

Desde la educación para la salud como estrategia en las escuelas van a contribuir a fomentar hábitos alimentarios saludables que contrarresten la prevalencia de obesidad a través de

la promoción de actitudes positivas y estilos de vida saludables. El presente proyecto pretende que se posibilite y/o contribuya a la formación de nuevos saberes, generando cambios haya conductas saludables de la comunidad escolar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Sensibilizar a Los distintos actores de la comunidad educativa sobre la importancia de la educación, aprendizaje y de los beneficios de construir hábitos alimenticios saludables, de las niñas y niños que pertenecen al JIN N°11 de la ciudad de La Quiaca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Comprender la importancia del estado nutricional en la prevención y evolución de estados patológicos y recuperación de la salud

Contribuir a mejorar la alimentación saludable para que los estudiantes desarrollen sus capacidades y permitan llevarlo a la práctica.

Desarrollar instancias de formación para los docentes y no docentes como agentes promotores de la alimentación saludables.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Innovación que se pretende desarrollar.

Los resultados de la investigación serán los insumos para pensar y establecer actividades desde la Educación para la Salud, lo que va a posibilitar a la persona generar actitudes y comportamientos positivos en pro de la salud mejorando los estilos de vida.

Modelo integrador

Se considera que el modelo es integral porque la población se integra a todas las fases del proceso. Asimismo, se incorporan todos los aspectos del concepto de salud. Desde este modelo se pretende que los sujetos a partir de sus propias matrices de aprendizajes signifiquen socialmente las informaciones, las analicen críticamente, las relacionen con sus experiencias previas en el contexto de sus características socio-culturales locales y luego las transformen en conocimientos construidos colectivamente.

Se apunta a que los sujetos logren actitudes que posteriormente les faciliten una relación con sus entornos, sus realidades, de tal modo que posibiliten comportamientos que impliquen interacción con otros sujetos para lograr transformaciones personales y sociales.

Desde el punto de vista de D.Gaggero (2006:32) define a la Educación para la Salud como “acciones educativas- basadas en la comunicación asertiva y la vincularidad- que facilitan procesos dialécticos de transformaciones personales y sociales, generando en el ser humano - integrados con sus entornos sociales y naturales- actitudes y comportamientos que permitan desarrollar capacidades bio-psico-sociales, tomar decisiones que hacen a su propio estilo de vida y construir proyectos de autosuperación con otros.

Temario a abordar:

Nutrición: concepto. La nutrición y la diferencia con la alimentación: concepto, clasificación y funciones. La composición de los alimentos Leyes de la alimentación. Metabolismo. 10 mensajes de alimentación Saludable.

Educación alimentara nutricional. Nutrición en las diferentes etapas de la vida. Soporte nutricional en las enfermedades digestivas: enfermedad inflamatoria, intestinal, diabetes, obesidad, anorexia y bulimia.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Las líneas de acción serán pensadas a partir de una metodología que se dirige a introducir cambios en el entorno de los estudiantes y sus familias de tal modo sensibilizar sobre a alimentación saludable y los beneficios a largo plazo. De tal manera que estará adaptada a las necesidades de los actores sociales que pertenecer a la comunidad escolar.

Las estrategias de abordaje constaran de la siguiente organización: la primera etapa será la de determinar las acciones destinadas para los estudiantes, para las familias, y otra para el personal docente y no docentes, negociando tiempos espacios para cada grupo. La segunda etapa estará pensada para la convocatoria y lograr la participación activa de los destinatarios del proyecto. La tercera etapa tendrá como propósito brindar alternativas relacionadas a una dieta equilibrada en el cual permitirá a los adultos a adquirir y construir conocimientos apropiadas que puedan transmitir a su entorno inmediato.

Se presentará una agenda de trabajo concertada (entre directivos y educadora para la salud) que contribuya a potenciar lo programado, acordado y consensuado.

ACTIVIDADES A DESARROLLAR PARA EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

Mesa de trabajo: “Nutrición y alimentación. Promoción de la salud”

Finalidad: La mesa de trabajo tiene como finalidad identificar y compartir aquellos resultados arrojados el trabajo de investigación en forma de diagnóstico para determinar las acciones que se van a ejecutar a lo largo de los 6 meses.

Participantes: Docentes, no docentes y familias.

Metodología:

- Se planteará preguntas alrededor de una breve síntesis de los resultados arrojados en el trabajo de investigación de cada escuela. exposiciones haciendo énfasis en los aspectos relevantes, complementarios o comunes.
- Luego solicitará preguntas o comentarios a los participantes o asistentes, se finalizará presentando dos o tres conclusiones de la mesa de trabajo que servirán de insumo para los encuentros.
- Se realizará la sistematización de la información con el fin de socializarla y tomar como puntapié inicial a los talleres.

Talleres: “Conociendo la diferencia entre Alimentación y Nutrición”

Finalidad: Sensibilizar a las familias, docentes y no docentes, para la promoción de acciones conjuntas que favorezcan el desarrollo integral de las niñas y niños de 3 a 5 años.

Participantes:

- Padres, madres o tutores
- Personal docente y no docente.
- Niños/as

Se presentará una agenda de trabajo concertada como también la temática a abordar que contribuya a potenciar las capacidades de las niñas y niños de 3 a 5 años, con la temática a abordar. En esta oportunidad se invitará a una nutricionista, para abordar el tema, evacuar dudas y sobre todo hacer hincapié en una alimentación saludable.

Cada Institución Educativa coordinará con antelación tiempos y espacios de trabajo compartidos, a fin de que los padres de familia puedan asistir y/o participar con sus hijos de las actividades propuestas por los docentes. Para ambas estrategias se organizarán y ejecutarán talleres lúdicos dirigidos a niños y talleres informativos dirigidos a adultos.

Los talleres informativos para padres de familia y comunidad se organizarán en coordinación con otros sectores u organizaciones comprometidas con la atención a la primera infancia de la localidad. Para ello se podrán instalar puestos o stands informativos y orientadores para brindar información de Alimentación saludable, sobre salud y atención del niño sano.

Para finalizar se propondrá realizar redes de trabajo en conjunto con otras instituciones, ya sea los CAPS más cercanos a las escuelas, las emisoras radiales mas cercanas, copas de leches o comedores de la ciudad, entre otros.

RECURSOS

Recursos Humanos

- Educadora sanitaria
- Docentes
- Personal no docente
- Nutricionista

Recursos materiales

- Material de librería: fibras, hojas A4, lapiceras, entre otros
- Cañón, pantalla, notebook.
- Equipo de sonido.

Recursos financieros

El financiamiento del proyecto se hará con fondos propios y colaboración de la institución escolar.

EVALUACIÓN

Evaluación de Inicio

Identificación de las capacidades de los participantes del proyecto, tales como conocimientos, competencias, actitudes y vivencias colaborativas; sus estilos de vida, sus hábitos de alimentación, entre otra información relevante.

Evaluación de Proceso

Criterios de evaluación:

- Participación activa y comprometida en los encuentros.
- Claridad en los acuerdos y registros orales y escritos.
- Posicionamiento y argumentación.
- Cumplimiento con las actividades previstas.

Instrumentos de evaluación:

- Observación directa y permanente. (registro del progreso del alumno en una ficha, tales como asistencia, participación, entrega de los trabajos prácticos, etc.)
- Preguntas problematizadoras
- Aprendizajes basados en problemas

Evaluación sumativa:

Informe final integrador sobre lo vivenciado en la ejecución del proyecto En el que se deberá tener en cuenta: “La importancia de la nutrición y su relación con la mejora de la calidad de vida (prevención de enfermedades y promoción de la salud)”.

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD						
	1	2	3	4	5	6
1) Conformación de Mesa de trabajo	X					
Con el equipo docente y no docente		X				
Con las familias		X				
2) Talleres de sensibilización con el equipo docente y no docente			X	X	X	
3) Talleres de sensibilización con las familias			X	X	X	
4) Talleres de sensibilización con los/as niños/as			X	X	X	
5) Establecer redes de trabajo						X

BIBLIOGRAFIA

- FAO, Ministerio de Educación de la Nación (2009). Proyecto de alfabetización científica. Educación alimentaria y nutricional. Libro para el docente, serie Ciencia,, Salud y Ciudadanía. Buenos Aires.
- Mendoza, R (200). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes españoles. Implicaciones para la promoción de la salud y para el fomento de la actividad física-deportiva. Actas del II Congreso Internacional de Educación Física. Educación Física para la salud. Jerez. España.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2016). Estado nutricional en Argentina. Plan Argentina Saludable. Disponible en <http://bit.ly/15EAA10>.
- Perea Quesada, R. (2004). Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. Editorial Díaz de Santos. Madrid.